



3667



﴿فهرست الجزء الرابع من وسائل الانتهاج﴾

المقالة الرابعة في الامراض البنية	٢
الفصل الاول في الامراض التسممية الحادة	٣
المبحث الاول في الحصبة	٣
كيفية الظهور والاسباب	٣
الصفات التشريحية	٦
الاعراض والسير	٨
المعالجة	١٥
المبحث الثاني في القرصية والحمى القرصية	١٩
كيفية الظهور والاسباب	١٩
الصفات التشريحية	٢٠
الاعراض والسير	٢٣
المعالجة	٣٠
المبحث الثالث في الوردية	٣٤
المبحث الرابع في الجدري ٥ ١٠ ٥	٢٥
كيفية الظهور والاسباب	٣٥
الصفات التشريحية	٣٧
الاعراض والسير	٣٩
المعالجة	٤٨
المبحث الخامس في الجدري البقري	٥٢
كيفية الظهور والاسباب	٥٢
الصفات التشريحية	٥٥
الاعراض والسير	٥٦
المعالجة	٥٧
المبحث السادس في الجدري المائي المعروف بجدري الغنم وبالجدري الهوائي وبالجدري الكاذب	٥٩



٥٩	كيفية الظهور والاسباب
٦٠	الصفات التشريحية
٦٠	الاعراض والسير
٦١	المعالجة
٦١	كلام كلي في الامراض التيفوسية
٧٣	المبحث السابع في التيفوس الطفحي
٧٣	كيفية الظهور والاسباب
٧٦	الصفات التشريحية
٧٨	الاعراض والسير
٨٥	المعالجة
٨٥	المبحث الثامن في التيفوس البطني المعروف بالحمى التيفويدية
٨٥	كيفية الظهور والاسباب
٩٠	الصفات التشريحية
٩٨	الاعراض والسير
١١٦	المعالجة
١٢٨	المبحث التاسع في التيفوس النكسي المعروف بالحمى التيفوسية
	الراجعة أو المترددة وطبع غلطا العاشر وهلم جرا الى السابع عشر
١٢٨	كيفية الظهور والاسباب
١٣١	الصفات التشريحية
١٣٤	الاعراض والسير
١٤١	المعالجة
١٤٣	المبحث الحادي عشر في الطاعون وهو النوع الرابع من الامراض
	التيفوسية
١٤٣	كيفية الظهور والاسباب
١٥٥	الصفات التشريحية
١٥٧	الاعراض والسير

١٦٣	المعالجة
١٦٦	المبحث الثاني عشر في الدفتيريا الوائمية وتعرف بالذبححة الحلقية
	الحبيثة
١٦٦	كيفية الظهور والاسباب
١٦٨	الصفات التشريحية
١٦٩	الاعراض والسير
١٧٢	المعالجة
١٧٤	المبحث الثالث عشر في الحميات الاجامية أو المتقطعة
١٧٤	كيفية الظهور والاسباب
١٧٩	الصفات التشريحية
١٧٩	الاعراض والسير
١٧٩	أولا الحمى المتقطعة البسيطة
١٨٨	ثانيا الحمى المتقطعة الحبيثة
١٩١	ثالثا الحميات المتقطعة الخفيفة أو المبرقة
١٩٢	المعالجة
١٩٨	المبحث الرابع عشر في الحميات الاجامية المترددة والمستمرة
١٩٨	كيفية الظهور والاسباب
١٩٨	الصفات التشريحية
١٩٨	الاعراض والسير
٢٠٠	المعالجة
٢٠٠	المبحث الخامس عشر في العرق الدخني المعروف بالحمى الدخنية
٢٠١	كيفية الظهور والاسباب
٢٠٢	الصفات التشريحية
٢٠٣	الاعراض والسير
٢٠٦	المعالجة
٢٠٧	المبحث السادس عشر في السكوليره الاسية أو الهندية المعروفه
	بالهيضة



صفحة	
٢٠٧	كيفية الظهور والاسباب
٢١٣	الصفات التشريحية
٢١٧	الاعراض والسير
٢٣٣	المعالجة
٢٤١	المبحث السابع عشر في الدوسنطاريا وحقه السادس عشر على حسب ما تقدم
٢٤١	كيفية الظهور والاسباب
٢٤٤	الصفات التشريحية
٢٤٧	الاعراض والسير
٢٥١	المعالجة
٢٥٥	في الامراض التسممية التي تنقل من الحيوانات الى النوع الانساني
٢٥٥	المبحث الاول في داء التريشين
٢٥٥	كيفية الظهور والاسباب
٢٥٨	الصفات التشريحية
٢٥٩	الاعراض والسير
٢٦٣	المعالجة
٢٦٥	المبحث الثاني في داء السراجة ويسمى بالداء الرطب وبالسقاوه
٢٦٥	كيفية الظهور والاسباب
٢٦٦	الصفات التشريحية
٢٦٧	الاعراض والسير
٢٦٩	المعالجة
٢٦٩	المبحث الثالث في داء الكلب ويعرف بالفزع من الماء
٢٦٩	كيفية الظهور والاسباب
٢٧١	الصفات التشريحية
٢٧١	الاعراض والسير
٢٧٥	المعالجة
٢٧٧	الفصل الثاني في الامراض التسممية المزمنة

- ٢٧٧ المبحث الاول في الداء الزهري  
 ٢٧٩ أولا في الشنكر  
 ٢٨٠ كيفية الظهور والاسباب  
 ٢٨٢ الاعراض والسير  
 ٢٨٦ المعالجة  
 ٢٧٩ كيفية الظهور والاسباب  
 ٢٩٠ الاعراض والسير  
 ٢٩٢ المعالجة  
 ٢٩٣ ثانيا في الداء الزهري البني  
 ٢٩٣ كيفية الظهور والاسباب  
 ٢٩٦ الاعراض والسير  
 ٢٩٦ أولا في التيبس الزهري الاولى والقرحة الزهرية الخ  
 ٣٠٠ ثانيا الخبز جلات القليلة الحساسية والاصابة الزهرية الخ  
 ٣٠١ ثالثا الكنديا وما الخ  
 ٣٠٢ رابعا الاصابة الزهرية للجلد الخ  
 ٣٠٩ خامسا الاصابات الزهرية للاغشية المخاطية  
 ٣١١ سادسا التهاب القرحة الزهري  
 ٣١١ سابع الاصابات الزهرية للعظام والسمحاق  
 ٣١٥ ثامنا في التهاب الحصى الزهري او القيلة الزهرية الخ  
 ٣١٦ تاسعا في الاصابات الزهرية للمنسوج الخلوي والعضلات الخ  
 ٣١٧ سير الداء الزهري على العموم  
 ٣٢١ المعالجة  
 ٣٣٦ المبحث الثاني في الداء الزهري الوراثي  
 ٣٣٦ كيفية الظهور والاسباب  
 ٣٣٨ الاعراض والسير  
 ٣٤٠ المعالجة



٣٤١	الفصل الثالث في الاضطرابات الغذائية العامة الخ
٣٤١	المبحث الاول في داء الخلور وزالخ
٣٤٣	الصفات التشريحية
٣٤٤	الاعراض والسير
٣٥٠	المعالجة
٣٥٤	المبحث الثاني في الانيميا الخبيثة التدريجية وطبع غلطا الفصل
٣٥٨	المبحث الثالث في الاسكربوط
٣٥٨	كيفية الظهور والاسباب
٣٦٠	الصفات التشريحية
٣٦١	الاعراض والسير
٣٦٥	المعالجة
٣٦٦	المبحث الرابع في الداء النمشي لورطوف
٣٦٩	المبحث الخامس في الانيموفيلاي سوء القنية التريفي
٣٧١	المبحث السادس في الاسكرو فيساو زالمعروف بداء الخنازير وكتب
	غلطا في الطبع انبحث الرابع
٣٧١	كيفية الظهور والاسباب
٣٧٥	الصفات التشريحية
٣٧٧	الاعراض والسير
٣٨١	المعالجة
٣٨٥	المبحث السابع في الدياييطس السكرى الخ
٣٨٥	كيفية الظهور والاسباب
٣٩٤	الاعراض والسير
٣٩٨	المعالجة
٤٠١	المبحث الثامن في الدياييطس البسيط الخ
٤٠١	كيفية الظهور والاسباب
٤٠٢	الاعراض والسير
٤٠٤	المعالجة

## \* (بيان الخطأ والصواب الواقع في هذا الكتاب) \*

صواب	خطأ	سطر	صفحة
غشيان	غشيان	٢١	٨
الاانها	لاانها	٢	٦٢
التي فوسية	التيوسية	١٧	٦٨
المبحث التاسع وكذا ما بعده	المبحث العاشر	١٦	١٢٨
العايلة	العايلية	١٣	١٦٤
أمرا	أمر	٢٦	١٦٨
آليا	آلى	٢٢	١٧٥
بنسكة	بنسكة	٢٣	١٨٤
الامعاء	المعا	١	٢١٥
منثنين	منثنيان	٨	٢٦١
أحدها	احداها	٨	٢٧٨
احدى العقد	أحد العقد	١٥	٢٩٠
المولة	المولة	١١	٣٠١
سمجاف	سمجاف	١	٣٠٤
لتجويف	لتخويف	٢٢	٣٠٩
طروها	ظروها	٩	٣١١
سنة	ست	١٠	٣١٨
الزمنى ماذ كريان	الزمنى ان	١٦	٣٢٢
الى معالجة	على معالجة	٢٣	٣٢٢
تسكرز اجزئيا	تسكرز جزئيا	٢٣	٣٢٥
طرو	طروو	٢٣	٣٢٧
اللاى	الى	٩	٣٤٤
لكون	لكول	١٣	٣٥٢



الجزء الرابع من وسائل التبراج في الطب الباطني

والعلاج ترجمة وتأليف الطبيب الحاذق الرئيس

الدكتور سعادة سالم باشا سالم

معلم علم الامراض

الباطنية بالمدرسة

السنية الطبية

المصرية

٢

3887  
3/5/14



# الكتاب الثاني

## المقالة الرابعة

(في الامراض البنية)

سنتكلم في هذا الباب على الامراض العمومية ونسبها بالامراض البنية  
تميزها عن الامراض الموضعية المصبية لكل عضو على حدته وتمييزها  
بذلك أولى من تسميتها بالامراض الديسكرازية أو الكاشكسية (أى  
امراض سوء القنية) أو امراض الدم فان التسمية الاولى أهم - وتشرح  
هنا أولا الامراض التسممية الحادة ثم التسممية المزمنة ثم الامراض  
البنية العمومية الناتجة عن اضطرابات غذائية بدون تأثير تسمم

منتشر

\* (الفصل الأول) \*

(في الامراض التسممية الحادة)

\* (المبحث الأول) \*

\* (في الحصبة) \*

\* (كيفية الظهور والاسباب) \*

الحصبة مرض معد محض فانه لا يشك الا في أن كل شخص أصيب بهذا المرض حصلت عدواه من شخص آخر مصاب به وقد حصلت مجادلة في هذا الخصوص بأن الحصبة في أول ظهورها لم تكن نشأت بواسطة العدوى ومن المشهور (ومن أهدى الذي كان أولا) فانه إذ ذاك لم يكن أحد مصابا بها من قبل وحيث ان الحصبة تولدت تولد ذاتيا فلا يجوز نفى تولدها الذاتي في زمننا هذا غير أن هذا الاعتراض غير مقبض فانه وان انهم علينا منشأوها لا يتبدأ الا انه من المعلوم الثابت الذي لا نقض فيه ولا ابرام الا ان ظهور الحصبة وانتشارها في جميع المحال والبقاع التي يسهل فيها ملاحظة ذلك بالدقة لا بد وأن يكون بواسطة العدوى ومن الجائز حينئذ انه في الاحوال التي فيها لا يتيسر اثبات هذا الامر بطريقة قطعية يكون حصول العدوى الانتقال من شخص مريض الى آخر كما هو الواقع بالنسبة للداء الزهري فاننا نعلم جيدا ان هذا الداء لا ينتقل الا بواسطة العدوى من شخص الى آخر وأما عدوى الاول وكيفية منشأ هذا المرض أول مرة فليست من موضوع العلوم الطبيعية - والجوهر المسمي المحدث للحصبة أي السم الحصبى ليس معلوما لنا لا بخواصه الكيميائية ولا الميكروسكوبية بل لا نعلم جيدا أيضا ان كان هذا الجوهر من طبيعة آلية أو غير آلية وانما النظريات القائلة بان العدوى تنشأ من انتقال جسيمات نباتية صغيرة جدا غير مدركة بالنظر ولا بالميكروسكوب انما تفضل عن غيرها لانها أقرب للعقل وموافقة للمشاهدات المرضية ولنسذكر هنا بعض الامور المعضدة لهذه النظريات وهو أن زمن التسفر يخ أعني الايام والاسباب التي تمضي بين ابتداء العدوى وظهور المرض تنافي كون العدوى حصلت بجواهر أثرت في الجسم بخواصها الكيميائية أو الطبيعية



فانه لو كان الامر كذلك لظهر تأثيرها في الجسم حالا أو اقله بعد زمن قليل  
 جدا فلا يبقى الجسم المصاب خاليا عن جميع علامات الاضطراب المرضي  
 مدة ثمانية أيام الى أربعة عشر حتى يتضح بشدة بقاءه وأما اذا كانت  
 عدوى الشخص السليم من شخص مريض بواسطة جسيمات صغيرة آلية  
 غير مدركة فانه يمكن تصور زمن التفريغ وحصوله فانه من القريب للعقل  
 ان هذه الجسيمات تنتقل بعدد صغير جدا حتى لا يتأثر الجسم منها حالا غير  
 انها تتراد وتكثر في الجسم المنتقلة اليه المدة له وحيث حصل هذا التزايد  
 والتكاثر في زمن معلوم أي زمن التفريغ ظهر تأثيرها المضر فيه وأعظم  
 أمر يرتكز اليه في القول بأن السم الحصبي سم آلي هو تكرار تكوينه  
 في جسم المريض المتشرف فيه ويؤيد ذلك ما شاهدته الطبيب بانوم في جزيرة  
 منعزلة تسمى بجزيرة فارورين وذلك انه بعد العدوى من حالة حصبية أتت من  
 الخارج وأصاب شخصها كان أول من حصلت له عدوى من هذا الشخص  
 أهله ومنهم انتقل المرض الى غيرهم من سكان هذه الجزيرة ثم عم المرض في  
 ظرف سبعة أشهر جميع سكانها تقر يسا حتى أصيب من عدد أهلها الذي  
 يبلغ سبعة آلاف وسبع مائة واثنين وثمانين ما ينيف عن الستة آلاف ثم ان  
 تحققت مشاهدات المعلم هليير جاز القول بأن السم الحصبي صار اثباته  
 بالمسكر سكوب فان المعلم المذكور يقول انه وجد في دم المصابين بالحصبة  
 وفي بصاقهم انخالية نباتية فطرية نبتت على أجزاء مختلفة ونشأ عنها هلي  
 الاوام عين تلك المواد الفطرية نباتية وسماه بالميكورمودتسيدواي (سم  
 فطري) ومن الثابت ان الحامل للاصل المعدى الحصبي هو الدم والدموع  
 وافرار المسالك الهوائية فان التلقيح الذي فعل بهذه السوائل في اشخاص  
 سليمة أدى في غالب الاحوال الى ظهور الحصبة عندهم لكن حيث ان  
 أغلب الاصابات المرضية تشاهد عند اشخاص لم تلامس دم الاشخاص  
 المصابة بالحصبة ولا اقرازا تم بلا واسطة بل انما وجدت فقط  
 بجوارها فلا شك في ان الاصل المعدى للحصبة موجود أيضا في التبخير  
 الجلاذى والرئوى للاشخاص المصابين بهذا المرض كما انه من الثابت الا كيد  
 بواسطة التجارب التي فعلها الطبيب بانوم ان هذا الاصل المعدى الموجود  
 في الهواء يمكن انتقاله الى بعد عظيم بواسطة أجسام أو ملابس الاشخاص

البلية التي كانت يجوار أشخاص من بيئة بالحصبة ولولم تصب بالمرض  
نفسه بحيث تكون سببا في نقل المرض من مسافة بجلة أميال بواسطة الهواء  
بدون أن يفقد هذا الأصل العدوى خواصه المعدية ثم ان زمن التفريخ  
يستمر من عشرة ايام الى أربعة عشر وفي بعض الاحوال سيما التي فيها تكون  
الأشخاص المنعدية مصابة بمرض آخر يظهر أن هذا الزمن يستطيل زيادة  
عن ذلك وان سئل عن الدور الذي فيه تعدى الحصبة كان الجواب عن  
ذلك طبقا لما علمناه من التجارب ان صفتها المعدية تكون أكثر اشتدادا  
ووضوحا مادام الطفح متزهدا وانه يظهر غالبا ان عدواه لا تحصل مدة  
دور التفلس وانه يوجد أدلة تدل على عدواه مدة دور الهجوم لهذا المرض  
وقول العوام ان عدوى الحصبة يكثر اشتدادها مدة دور التفلس مبني  
على عدم ملاحظة زمن التفريخ ملاحظة تامة فان الطفل الذي يعدى  
من أخيه مثلا يظهر المرض عنده في الحقيقة مدة دور تفلس الطفح عند  
الاول الا انه كان معديا مدة ما كان الطفح في حالة شدة ظهوره واتضاحه  
ومن الأدلة المثبتة على عدوى الحصبة في الدور السابق للطفح الانتشار العظيم  
لهذا المرض بواسطة المكاتب والمدارس فان الذي يلتفت اليه عادة هو  
منع الاطفال الذين لم يتم التفلس عندهم أو الذين يوجد عندهم طفح  
مشتبه فيه عن التوجه الى المكاتب والمدارس المذكورة لكن  
لا يلتفت الى منع الاطفال المصابة بالسعال أو الزكام من التوجه الى  
المكاتب وجاوسهم بجوار الاطفال السليمة فانه لو كان حصول العدوى  
بالاولى فقط لما كان يمكن تفسير الامر المشاهد من انه في مدة تسلطن وباء  
الحصبة تصاب بعض المكاتب بإصابة شديدة وتبقى الاخرى مصونة عن  
الاصابة

ثم ان الاستعداد للاصابة بالحصبة كثير الانتشار جدا ويكاد كل شخص  
يصاب به مدة حياته مرة واحدة وهذه الاصابة الوحيدة يكاد ينطفئ  
الاستعداد للاصابة به مرة ثانية بدون استثناء تقريرا وحيث ان الحصبة  
تسلطن بكثرة في المحال المشحونة بعدد عظيم من الاهالي كان أغلب  
ما يصاب بهذا المرض سن الطفولية وحيث ينفد الاستعداد للاصابة بها



في سن تمام النمو ومن هذه الحيثية فقط يجوز اعتبار الحصبة مرضا خاصا  
بالاطفال فانه يشاهد في المحال التي يقل احتمال سكانها جدا بسكان المحال  
الآخرى وتكون الحصبة تبعاً لذلك قليلة الظهور وان الاطفال فيها ليست  
أكثر استعدادا للإصابة عن المتقدمين في السن والذي يؤيد ذلك مشاهدة  
الوباء الحصبي للمسلم بانوم الذي حصل في جزيرة فارورين وكان هذا الوباء  
هو الأول من منذ خمس وستين سنة وفي مدة تسلطه أصيب بالحصبة  
جميع من كان ساكنا في هذه الجزيرة ما عدا من كان سنه مجاوزا لخمس  
وستين سنة أو كان اعتراه المرض من قبل وكذا الاطفال التي لم يجاوز سنها  
نصف سنة تبقى في الغالب مصونة عن الإصابة بالحصبة وكذا الأشخاص  
التي دخلت في سن الكهولة حقيقة ولا يبقى الشخص عن الإصابة بهذا  
المرض كل من الامراض الحادة والمزمنة والجمل والنفاس لكن ليس  
من النادر مشاهدته كما تقدم ذكره ككون الطفح الحصبي الذي حصلت  
عدواه مدة سير هذه الامراض الحادة لا يظهر الا عقبز والهاوا ونقطاع  
سيرها

ثم ان الحصبة تظهر على هيئة وباء كثير الا انتشارا وقليله وشدة انتشار الوباء  
المذكور تتعلق خصوصا بطول الزمن الذي مضى من انطفاء الوباء الذي  
كان قبله اعني من كثرة عدد الاطفال التي لم تصب بالحصبة الى وقت  
حصوله أو قلته وهذا الامر يثبت أيضا بمشاهدة الوباء السابق ذكره الذي  
حصل في جزيرة فارورين ويظهر كذلك ان حالة الفصل لها دخل في شدة  
انتشار وباء الحصبة أو قلته فان معظم اوبئة هذا المرض تحصل في أشهر  
فصل الشتاء والخريف أو في فصل الصيف البارد الرطب وعند انتشار  
هذا المرض انتشارا وبائيا عظيما يشاهد منه أحوال ثقيلة جدا كذلك  
مناسبة لشدة انتشاره بل تشاهد في الأحوال الخبيثة جدا عند ارتقائه  
الى أعلى درجة

### ﴿الصفات التشريحية﴾

الطفح الحصبي الاعتيادي يزول بعد الموت ولا يبقى في الجثة احيانا الا البقع  
الدموية في الجلد التي يصطبغ بها هذا الطفح في بعض الأحوال والتغيرات

التشريحية التي تشاهد مدة الحياة في جلد الأشخاص المصابين بالحصبة عبارة عن ظهور بقع عديدة مستديرة في حجم العدسة تكون مرتفعة قليلا جدا عن موازاة الأجزاء المحيطة بها ويوجد في وسط هذه البقع حبة صغيرة وقد تنضم حبة بقع مع بعضها في بعض المحال وتكون لطخا غير منتظمة تقرب من الشكل النصف هلالى وتكون منعزلة عن بعضها في محال أخرى ولون الجلد بين هذه البقع يكون طبيعيا انما في الوجه يكون متفحما انتفاخا أو ذميا ويا قليلا والخلمات التي توجد على بقع الطفح الحصبي تنشأ تبعاً لرأى المعلم سيمون عن تجمع نضج التهابي قليل في اصفار محدودة في الجلد لا عن انتفاخ بصيلات الشعر أو الأجزاء الجلدية ولو كان مجلسها غالباً المحال التي ينشأ الشعر فيها من الجلد وقد يظهر للطفح الحصبي ميل عظيم للاختلاط ويسمى حينئذ بالطفح الحصبي المختلط (وبالحصبة المختلطة) ومع ذلك فالأحمرار المنتشر في مثل هذه الأحوال لا يكون مستويا بل حافظا لهيئته المبقعة والظاهر أن أغلب البقع الحصبية التي تستمر زمنا طويلا يصطبغ بالاحتقان فيها بانسكاب دموى قليل جدا ويتضح ذلك من كون مثل هذه البقع لا يبهت لونها بضغط الأصبع إلا ببطء بهامة غير تامة وانها بعد زوالها بزمان طويل يبقى محلها مدة مآمن الزمن نكت مسمرة وسخنة وفي بعض الأحوال تكسب البقع الحصبية لونا أحمر داكنا كلون الدم بسبب كثرة النضج الدموى في الجلد فيشاهد في مثل هذه الأحوال نكت كدمية بين بقع الطفح الحصبي (ويسمى هذا الشكل بالحصبة النمشية والسوداء)

وحيث أن معظم الأحوال الموت التي تحصل في أثناء سير الحصبة ناتجة عن مضاعفات هذا المرض بالالتهاب الخجري ذى الغشاء الكاذب أو بالالتهاب الشعبي أو الرئوى يوجد غالباً في جهة الهالكين بهذا المرض التغيرات التشريحية الخاصة بالالتهابات المذكورة وما يصف الالتهاب الخجري ذى الغشاء الكاذب وصفنا في مثل هذه الأحوال أنه ينذر وجود أغشية كاذبة متماصة من الالتهاب الخجري ذى الغشاء الكاذب الأولى وإن الالتهاب في الأحوال التي نحن بصدددها يقرب من الشكل



الدفتيرى أى الاككال بمعنى ان النضج هنالا يكون قاصرا على السطح  
الظاهرى من الغشاء المخاطى فقط بل يكون كذلك متخللا بجوهره بحيث انه  
عند انقذافه يخلفه فقد جوهري الغشاء المخاطى وان لم يكن هذا مضاعفة  
بالتهاب حنجري ذى غشاء كاذب راجدى فى الجثة أثر التهابات نزلية ممتدة من  
الشعب واصله الى الخلايا الرئوية تؤدى تارة الى حصول تسدد مستمر فى  
الخلايا الرئوية المعروفة عند أغلب المؤلفين بالانقرض مما الحو بصلية الحادة  
وتارة الى هبوط رئوى أو الى التهاب رئوى نزلى ولا يظهر فى الدم أدنى تغيير  
مخصوص بل يكون كافى باقى الامراض التسممية العامة قليل البقية  
ماتعا وذا لونا داكن

### بـ الاعراض والسير

لا يوجد أدنى علامة دالة على التسمم بالأصل المعدى للحصبة فى دور التفريخ  
ثم بعد هذا الدور يأتى حالا دور الهجوم (أى دور الاعراض السابقة على  
المرض) وهذا الاخير يندران يبتدى بقشعريرة واحدة والغالب  
أن يبتدى بقشعريات متوالية ويصطحب بجميع اعراض النزلة  
المقحمية والشعبية الشديدة جدا ولا تعرف اعراض هذا الدور معرفة  
حقيقية الا من الجزم بتسلطن وباء الحصبة فانه ان لم يكن من المعلوم للطبيب  
وجود الحصبة متسلطنة فى البلدة أو فى الجهات المحيطة بها لا يتيسر  
لاعظم طبيب متزن معرفة الدور السابق للحصبة وتمييزه عن الاعراض  
النزلية الجدية الشديدة الموجودة فى طفل مريض فان كلامنا من سرعة النبض  
وارتفاع الحرارة واضطراب الصحة العامة وآلام الراس والمفاصل  
وقساد الهضم والغشيان والقى واضطراب النوم والهديان عند الاطفال  
الكثيرة الحساسية يحصل جميعه فى أحوال الالتهابات النزلية البسيطة  
الآخري الناتجة عن تأثير البرد وانما تكون الظواهر الموضعية فى الحصبة  
كثيرة الشدة عادة فالاعين فضلاء عن احمرارها مع الألم المحرق تكون فى حالة  
قرع عظيم من الضوء دامعة على الدوام والجبهة كثيرة التألم والانف منسدا  
ويسيل منه افراز ملهى غزير صاف ويحصل عطاس متقطع أو مستمر أحيانا  
جملة ساعات بل وقد يحصل فى بعض الاحوال رعاف ويكون الصوت ارجح

والسعال خشنارنا مؤلما بحيث يكثُر وزرع أهل الطفل قزعا عظيما عند حصوله ليلاظننا منهم بانه سعال ديكى والاصابة التزلية يظهر أنها تبتدى عادة من الأنف ثم تمتد الى جهة الجبهة والمخجمة والى أسفل جهة المنفجرة والقصبية الهوائية وفي العادة يمتد دور الهجوم مدة ثلاثة أيام الى أربعة وفي أثنائه تختلف شدة الاعراض السابق ذكرها ومع ذلك قد توجد أحوال فيها يمتد هذا الدور نحو الاسبوع وأحوال أخرى لا تظهر فيه اعراض هذا الدور الا ظهورا هيا جدا فتسكا دلا تشاهد بالكلية ومن النادر ان ترتقى الحمى ولو في الاحوال الثقيلة الوائية الى درجة عظيمة جدا بحيث تهدد حياة المريض مثل ارتقاء درجة الحمى في الطفح القرصى كما أنه من النادر كذلك ان تكون الظواهر الموضعية للدور السابق لهذا المرض مهددة لحياة المريض مهما كانت شدتها ومهما كان عظم قزع أهل المريض خصوصا من شدة السعال الحلقى وضيق النفس الذى يحصل عنده

وأما الدور الثانى للحصبة أعنى دور الطفح فالعادة ان يبتدى بشوران في الحركة الحمية فيمرع النبض وترتفع درجة الحرارة وقد تحصل احبانا تشنجات ثم يظهر الطفح السابق ذكره أولا في الوجه سيما حول الفم والاعين ثم يمتد الى أسفل جهة العنق والصدر بحيث يصل الى القدمين بعد أربع وعشرين ساعة والتجدير الجلدى عند المرضى يكون له اذذاك رائحة مخصوصة شبيهة بعضهم برائحة الاوز المنتوف حديثا وفي بعض الاحوال النادرة ذات السير غير الطبيعى لا يمتد الطفح كما هي العادة من الراس الى الاطراف بل يظهر ابتداء في الذراعين والساقين ثم يمتد الى اجزاء أخرى وفي بعض احوال نادرة أخرى يبقى الطفح قاصرا على بعض اصفار من الجسم أو أنه لا يظهر على بعضها الا بنكت قليلة الواضوح جدا ومن هذا القبيل الحصبة غير الطفحية أعنى العديمة الطفح وهي عبارة عن حالة مرضية تنشأ بلا شك عن التسمم بالاصل المعدى للحصبة غير انها تسير من ابتدائها الى انتهائها بظواهر كظواهر الحمى التزلية الشديدة جدا بدون أن يتضح فيها الطفح الحصى وبالجملة فلنذكر هنا أحوال الا يتضح فيها الطفح الا ببطء عظيم جدا بحيث ان دور الطفح لا ينتهى في أربع وعشرين ساعة أو



ست وثلاثين بل يمتد الى اليوم الثالث أو الرابع وفي مثل هذه الاحوال لا تظهر الاحوال الطفحية الاخيرة الا من بعد انتقاع الاولى وبما انتهى في أثناء دور الطفح تتزايد الاضطرابات البنيوية العمومية وهي الحمى والظواهر النزلية ازداداعظيما بحيث ترتقي الى أشد درجاتها عند انتهاء ظهور الطفح وتسكاه

وأما الدور الثالث أي دور انطفاء تزهـر الطفح فلا يمكن فصله عن الدور الثاني وتميزه عنه تمييزا واضحا فان الطفح في غالب الاحوال يبقى بعد انتهاء اندفاعه على حالة وضوح وتزهـر ثم يتبدى بعد أربع وعشرين ساعة في انتقاع اللون وبهايته وكذا الحمى التي تكون بلغت اقصى شدتها عند انتهاء الطفح يحصل فيها تلطيف مر يسع في هذا الدور ثم تنطفئ بالكلية بحيث يعسر على الامهات حجز اطفالهن في الفراش ولو كان جسمهم مغطى بالطفح الحصى وذلك لانها تحس بانها ممتعة بقواها بعد زوال الحمى وكذا الظواهر النزلية فانها وان بقيت مستمرة في دور تزهـر الطفح وانطفائه الا انها تـلطف تلطيفا عظيما فيه فيصير الفزع من الضوء قليلا وافرأز الغشاء الانفي يتناقص شيئا فشيئا ويصير متكاثفا ويندر العطاس وتقل بحدة الصوت وتزول ربانية السعال وتقذف الاطفال المتقدمة في السن التي لا تزدد النفث كمية عظيمة من نفث مخاطي قيحي (أي النفث النضيج) وفي اليوم الثالث أو الرابع من اندفاع الطفح الحصى تصير اللطخ الحصبية الابتدائية الظهور كثيرة البهاثة عادة أو أنها تنطفئ بالكلية وفي الايام التالية لذلك تبهت أيضا اللطخ التي ظهرت فيما بعد وتزول أيضا وذلك بانه يعقب محلها بعد مدة طويلة الزمن أو قصيرة بقع مصفرة باهتة في الجلد

وأما الدور الرابع للعصبة وهو دور التفلس فانه يعقب الطفح وانطفائه في الاحوال الجيدة أي ذات السير الجيد في اليوم الثامن أو التاسع من ابتداء المرض عادة فان الطفح الحصى ينطفئ بالكلية ويزول في هذا الزمن ويشاهد على المحال التي كانت مجلسا له تفلس في البشرة يشبه بالتهالة لسكن ان حصل في هذه القشور البشرية المنفصلة لين ورخاوة بسبب العرق اللطيف المسمر الافراز فلا يكون التفلس واضحا كما يشاهد ذلك فيما

إذا كان الجلد جافاً قليلاً ولذا أنه يندر مشاهدة نفلس في الأجزاء المغطاة  
بالملايس ويكثر مشاهدتها في الوجه والعنق والأيدي والحركة الجدية تسكاد  
تنطفئ بالكلية على الدوام في دور النفلس وكذا الظواهر التزلية تزول شيئاً  
فشيئاً بحيث إن هذا المرض ينتهي في اليوم الرابع عشر بالكلية مع انتهاء  
دور النفلس

ثم إن هذا المرض يسير في غالب الأحوال بالكيفية التي ذكرناها مع تغيرات  
قليلة وهذه الأحوال التي فيها لا يشاهد اختلاف عظيم من السير الطبيعى  
لهذا المرض وفيها تكون أدواره غير مصحوبة بظواهر غير اعتيادية تسمى  
فيها الحصبة بالحصبة البسيطة وبالاكتيادية وبالتهيجية وأما في الأحوال  
الأخرى التي فيها يعبر عن الحصبة بالالتهاجية (أو بالسينوحيية) ففيها يظهر  
الطفح مع أعراض شديدة والطفح الحصبي في مثل هذه الأحوال تسكون  
قريبة من بعضها أو مختلطة ولا تبدئ في بهاتة اللون بعد أربع وعشرين  
ساعة بل تبقى واضحة على الجلد خمسة أيام أو ستة وفي بعض الأحوال قد  
يكتسب الطفح لوناً بنفسجياً أو مزرقاً ولا يزول بضغطة الأصبع عليه وهذه  
الظاهرة المبينة على تمزق جزئى في الأوعية الشعرية الجلدية المملئة بالدم  
ينبغي اعتبارها مشابهة لغيرها من الانزفة الصغيرة الجزئية المصاحبة لغير  
ذلك من الاضطرابات الالتهابية الغذائية في الجلد والذي يوجه حقيقة هذا  
التصور أن هذا الشكل من الحصبة التزيفية يكون سيره في معظم  
الأحوال جيداً ولا يتضاعف بعلامات فساد في الدم وانحلاله - وللظواهر  
الجدية التي تصاحب الحصبة الالتهابية مشابهة قوية بالظواهر الجدية  
التي تشاهد في سير الالتهابات الحادة فضربات القلب تكون قوية  
والنبضات السباتية شديدة والنبض قوياً عتلاً متزايداً السرعة وإن لم  
يخرج عن الحد ودرجة حرارة الجسم لا تتجاوز غالباً درجة أربعين مئتين  
وكذا الظواهر المرضية الأغشية المخاطية فإنها كالطفح الجلدى في  
الحصبة الالتهابية تتصف بطول المدة وكثرة الشدة والامتداد ومادام الطفح  
ظاهراً متزهاً يستمر كل من الفزع الضوئى والركام والسعال بقوة عظيمة وفي  
هذا الشكل من الحصبة يظهر أيضاً بدلا عن الالتهاب الحنجري التزلى



التهاب حنجري ذو غشاء كاذب وفيه يمتد التهاب الغشاء المخاطي من الشعب الى الحويصلات الرئوية غالبا وفيه يحصل أيضا التهابات نزلية في الغشاء المخاطي المعدي والمهوي (المعروف ذلك بالحصبة المعدية) فان حصل عند طفل سحبة في الصوت وسعال رنان ونوب عسر عظيم في التنفس وغير ذلك من الاعراض الواصفة للالتهاب الحنجري ذي الغشاء الكاذب في دور تزهر الطفح الحصي كانت حالة الطفل ليست خطيرة بخلاف ما اذا كانت الظواهر المرضية المذكورة مصاحبة للدور الاول من الحصبة الى دور هجومها فان سير هذا المرض يكون غالبا خبيثا في مثل هذه الاحوال وينتهي انتهاء مخزنا وذلك ان عسر التنفس يزداد والتنفس يصير غير تام وتهبط الاطفال ويزول الطفح ويتورد الجلد أو لا يبقى فيه الا بقع مزرقة اذا كانت مصحوبة بانزفة جلدية وهذه البقع لا تزول بضغط الاصبع - ونحبل ما يخص التنوعات التي تعترض الصورة المرضية للحصبة الالتهابية عند امتداد الالتهاب النزلي للشعب الدقيقة جدا على ما ذكرناه في الجزء الاول من هذا الكتاب عند الكلام على اعراض الالتهاب الشعبي الشعري والاعطار التي تنتج عن هذا المرض في سن الطفولية وكذا ينضج عما ذكرناه في الجزء الاول أيضا عند الكلام على هبوط الرئة والالتهاب الرئوي النزلي مجموع الاعراض الذي يحكم به على حصول احدي هاتين المضاعفتين فانه بالمشاهدات العديدة للهبوط الرئوي والالتهاب الرئوي النزلي التي تنتج عن بعض الاوعية الحصبية المنتشرة اتضح لنا التغيرات التشريحية واعراض هذين المرضين - وأندر من الالتهاب الرئوي النزلي حصولا في سير الحصبة الالتهابية الالتهاب الرئوي الليفي وهذا الالتهاب ان حصل وضاعف الحصبة الالتهابية يكون قاصرا على رئة واحدة بخلاف الالتهاب الرئوي النزلي فانه يعم الرئتين معا والحي المصاحبة له تتصف بسيرها الدوري وانحطاطها السريع بخلاف الحي التي تصاحب الالتهاب الرئوي النزلي فانها تكون ذات سير بطيء مستطيل ولا تنطفئ الا تدريجا والحركة الحية التي تلازم الحصبة يحصل في سيرها تنوع عظيم عند حصول المضاعفات السابقة ذكرها ولا سيما عند حصول التهابات رئوية فان الحي في الحصبة البسيطة الاعتيادية أي

غير المضاعفة تختلط بسرعة متى وصلت لأقصى درجة ارتقاؤها التي تصل  
إليه عند انتهاء الطفح ولا تصل عند مضاعفة الحصبة بالتهابات رئوية نزلية  
أولية إلى أقصى درجة ارتقاؤها فيها بعد - ثم انه في أحوال الحصبة التي  
فيها يتضاعف هذا المرض بإصابة ثقيلة في أعضاء التنفس قد يصير الطفح  
باهتا أو ينطفئ بالكليّة في زمن قليل وذلك عقب هبوط المرض بالكليّة  
بسبب عدم كفاية التنفس وارتقاء الحمى إلى درجة شديدة جدا وهذه  
الظاهرة كثيرا ما وجهت خطأ وذلك بأنه اعتبار ارتداع الطفح هو السبب  
في ثقل حالة المريض وحده ول التغبيرات الانتهاية المرضية للأعضاء  
التنفسية وليس نتيجة لها

وهناك شكل ثالث من الحصبة يسمى بالشكل الضعيف والتيفوسي والعفن  
وفي هذا الشكل الثقيل لا يكون الخطر ناشئا عن امتداد التهاب نزلي إلى  
القروع الشعبية الرقيقة أو عن مضاعفات ثقيلة أخرى بل يكون ناتجا عن  
التأثير الخبيث للمسم الحصبي على البنية بتمامها فالحصبة من هذه الحيشية  
تمثل جميع الأمراض التسممية الحادة وذلك أن وباء الحصبة الذي يظهر  
زمنًا فزمنًا يختلف تأثيره وقوته بالنسبة للاضطراب البني العمومي الناتج  
عن التسمم بالأصل المعدى للحصبة فإن الطبيب الذي لا يشاهد الأوبئة  
الشكل البسيط أو الانتهايي من الحصبة التي ظهرت في العشر سنين الأخيرة  
في كثير من الأقطار تصور أن الأصل المسم للحصبة له تأثير ضعيف على البنية  
ولا يغيرها الا قليلا لكن تصوره هذا يزول بسرعة متى شاهد بعض حالات من  
أحوال الحصبة العفنة الضعيفة فانه في الدور السابق لهذا الشكل قد يصير  
النبض الذي يكون قويا في الابتداء صغيرا ضعيفا متواترا جدا وانحطاط  
المريض عظيمما والداغ مضطربا واللسان جافا مغطى بفشور مسودة ويمكن ان  
يملك المريض من تقدم الانحطاط المتعاقب احيانا بنوب تشنجية وذلك قبل  
ان يحصل ظهور الطفح وفي أحوال أخرى قد يظهر مجموع الظواهر  
التيفوسية المذكورة التي كثيرا ما ينضم لها عاف متكرر بعد ظهور الطفح  
يرتقي اذذاك لاشد درجة والطفح الذي يكون ظهوره غير منتظم عادة يكون  
تارة ذالون أحمر باهت وتارة أزرق بنفصا بسبب حصول أنزفة جزئية في



الجلد وقد يوجد بين البقع الحصبية لطخ كدمية او يبقى بعد زوال الطفح  
 الحصى بمرحلة تقع مزرقة واغلب الاطفال المرضى بها يكون بعد ان يصير  
 النبض صغيرا ضعيفا متواترا جدا مع حصول ظواهر ظهور تارة مصدوبة  
 بتشجات وتارة بدونها وليس من الثابت مع التأكد بالمشاهدات العديدة  
 الى وقتنا هذا ان كان الضعف والشال العمويان اللذان يشاهدان في سير  
 الحصبة الخبيثة الواصفة للشكل الضعفي العفن من هذا المرض ناتجين عن  
 التسهم الاوسطى لاسدم بالسم الحصى او ناتجان عن ارتفاع درجة حرارة  
 الجسم الى درجة شديدة جدا والذي يعضد الرأي الاخير انه في أثناء سير  
 غير هذا المرض من الامراض التي لم تكن ناشئة عن تسهم بني عموي يصير  
 النبض صغيرا ضعيفا متى ارتقت درجة حرارة الجسم الى درجة شديدة جدا  
 فائقة عن الحد وتظهر كذلك الظواهر العصبية او التيفوسية والمعضد للرأي  
 المذكور أيضا الامر الاتي وهو أن جميع الوسائط العلاجية المنقصة  
 لدرجة حرارة الجسم تحدث تأثيرا جيدا في هذه الظواهر

ويعد من الامراض التابعة للحصبة السعال الذي يستمر وجوده في دور  
 التفاس فانه كثيرا ما يستمر بجملة أسابيع بل واشهر بعد انتهاء التفاس  
 بالكلية ويحصل فيه ازدياد عقب المؤثرات الواهية والظواهر ان هذا السعال  
 في كثير من الاحوال ناشئ عن نزلة بسيطة شعبية و ينسب حينئذ كل من  
 كثرة استمراره واستعصائه وثورانه زمنافز منا الى شدة حساسية الغشاء  
 المخاطي وتأثره أو الى شدة حساسية الجلد وفي أحوال أخرى يكون هذا  
 السعال ناشئا عن تغير مرضي ثقيل جدا في الرئة فانه من الثابت ان الدرن  
 الرئوي كثيرا ما يخلف الحصبة وان الموت عند الاطفال يكثر جدا بعد كل وباء  
 حصبي مدة بعض سنين لكن يظهر لي ان القول المعتاد من كون السل الرئوي  
 المزمن الذي كثيرا ما يخلف الحصبة يكون حصوله دائما أو أقله غالبا بتراكات  
 درنية في الرئة في أثناء حصول الحصبة أوليها اذا كانت موجودة من قبل  
 أمر مشكوك فيه فان أغلب أحوال السل الرئوي عند الاطفال لا تنشأ عن  
 تراكمات درنية دخنية أو عن لسين يحصل فيها بل عن استحالة جينية في  
 البورات الالتهابية الفصيصية وتلاشيها ويتضاعف ذلك باستحالة جينية

في العقد الشعبي وحيث ان التهابات الرئوية القصصية من جملة المضاعفات الكثيرة الحصول في الحصبة فمن القريب للعقل نسبة السل الرئوي الذي كثير اما يخلف الحصبة الى الاستحالات المرضية أي الجبئية في البورات التهابية التي لم تتحل ومع هذا فليس المقصد من ذلك القول بان الدرن الرئوي الحقيقي لا يحصل حصولا تابيعيا أي مكونا لمرض تابعي للحصبة (خصوصا وانتاشا هذنا جملة امراض ان حصول الدرن الدخني الحاد للثة قد أعقب الحصبة حالا) عن التهابات رئوية مزمنة مفسدة يعتر بها استحالات جبئية وزيادة على التهابات الشعبية المزمنة والسل الرئوي المزمن يعد أيضا من جملة الامراض التابعة للحصبة جميع الاصابات الخنازيرية سيما الارماد الخنازيرية والسيلانات الاذنية والزكام الخنازيري أيضا وانتفاخ العقد الليفافية والتهابات السجاق والمفاصل التهابا من منافاته كثيرا ما يشاهد أن الاطفال التي لم تكن مصابة بداء الخنازير بالسكية يعتر بها هذا المرض بجميع اشكاله بعد شفاؤها من الحصبة مدة من السنين ويعد من جملة الامراض التابعة النادرة للحصبة أيضا كل من غنغرينا الوجنة والشقرين عند البنات المعروف بالسرطان المائي والتهابات الاغشية المخاطية للفم الدفتيرية أي الاكالة

### المعالجة

أما المعالجة الوقائية الوحيدة من الحصبة فهي عزل الاطفال الاصحاء أي التي لم تصب بالحصبة عن المصابين بهذا المرض وغيره ممن كان مظنونافهم بانهم في الدور السابق من هذا المرض فان أريد حفظ الاطفال من الاصابة بالحصبة وجب منعهم من التوجه الى المكاتب والمدارس زمن تسلط هذا المرض أو نقلهم بالسكية ان اقتضى الحال لذلك من المحل المتسلطن فيه وباء الحصبة لكن لا يتسك بهذه الامور الا عند وجود الوباء النادرة الخبيثة للحصبة التي ينتج عنها هلاك عدد عظيم من الاطفال وأما في أحوال وباء الحصبة الجيدة فلا يتجأ لهذه الوسائط بالسكية سيما ومن المعلوم أنه لا بد وأن يصاب كل انسان بالحصبة صغيرا كان أو كبيرا وحيث ان الحصبة الناشئة عن التلقيح ينذر أن تأخذ سيرا طبيعيا مثل الاعتيادية وان الحصبة



الحبيثة المهلكة نادرة كان تلقيح الحصبة في أثناء الوباء الحصبي الجيد غير جائز ولا مستعمل

وعند ظهور الحصبة عند شخص ما ينبغي التمسك بأنه لا يوجد واسطة من الوسائط العلاجية بها يمكن تنقيص سير هذا المرض أو قطعه كما أن الوسائط العلاجية التي تستعمل لمقاومة بعض أعراض الحصبة غير أكيدة التأثير والنجاح فضلا عن كونها في الغالب ذات تأثير مضر بالنسبة لسير الحصبة وبالجملة فإنها مرض ينتهي في غالب الأحوال بالشفاء بدون وسائط علاجية فني علم الطبيب هذه الأمور وتحقيق منها امتنع عن الأمر بالوسائط المذكورة وتجنب الألباء بالجواهر الدوائية عند أغلب المصابين بالحصبة فلا يأمرونهم إلا بتدبير غذائي جيد ولا تستعمل معالجة قوية إلا عند وجود خطر محقق وينبغي حفظ جميع المرضى المصابين بالحصبة مدة مرضهم في أود ذات حرارة معتدلة لا مرتفعة جدا ولا منخفضة بحيث ينبغي للطبيب أن يؤثر كدغاية التأكد بنظم حرارة الأود بواسطة الترمومتر لا بواسطة احساس المنوطين بخدمة المرضى وتحفظ على الدوام في درجة الثلاثة عشر إلى الخمسة عشر ريو مور (وهذا يقال في البلاد الباردة جدا وأما في البلاد الحارة خصوصا في القطر المصري مدة الصيف فينبغي ترطيب حرارة الأود بواسطة آنية مملوءة بالماء ومنع الضوء عما يستأثر حجرة لاشعة الشمس القوية) وينبغي كذلك تجديد هواء أودة المريض كل يوم وفي أثناء ذلك يغطي وجهه ورأسه بمنديل خفيف مع وضع حاجز أمام فراشه

وقد تركت الآن العادة المنتشرة قديما وهي عدم غسل المرضى المصابين بالحصبة والتغيير عليهم بالملايس النظيفة أقله مدة أربعة عشر يوما وترك هذه العادة حتى فانه قد تحقق للأعوام فضلا عن الأطباء أن الحصبة قد ترتدع في بعض الأحوال ولو مع حفظ المريض في الوساطة السامة وانها لا ترتدع في أغلب الأحوال ولو مع النظافة السامة وتغيير الملايس كل يوم لكن ينبغي التحفظ على المريض عند غسله والتغيير عليه فان كلام غسل المريض وتغيير ملايسه يجب اجراؤه بغاية السرعة مع عدم تعريضه منازيade عن الأروم وكل من اغطية الفراش وملايس المريض

لا ينبغي أخذها من صندوقها الموضوع في بعض قاعاتها ووضعها على  
 جسم المريض مباشرة بل ينبغي قبل ذلك تدفئتها جيداً وتخبيرها أو أن  
 يستعملها شخص سليم آخر ليلة لاجل تدفئتها - وكذلك اقاعة المريض  
 ينبغي تظليلها ظلاً مناسباً ووفقاً لحالة النزلة الملتحمية والفرع من  
 الضوء فإنه إن بولغ في تظليل أودة المريض بواسطة ستائر مبيكة خضراء  
 حصل تشاقل في حالة النزلة الملتحمية والفرع من الضوء لأنه كلما فتح باب  
 أودة المريض ووقع الضوء فيها بقوة انزعج من الضوء جداً - وفي دور  
 هجوم هذا المرض ودور الطفح أيضاً ينبغي أن يستعمل المريض الحية القاسية  
 كالشربة المائية واللطف من الحبز ونحو ذلك وإن وجد عند ماله ماء يعطى  
 له مطبوخ بعض الآثار ومتى زالت الحمى في دور تزهرا الطفح وانطفأته أمر  
 له بالامراق وتعاطى اللسان وتعود المريض في دور تفلس الحصبة على  
 غذائها المعتاد شيئاً فشيئاً وأجود المشروبات في هذا المرض الماء البارد  
 الفراح الذي يترك بعض زمين في أوان من الصيني أو البلور في أودة المريض  
 فإنه باعطائه الماء لا يخشى مطلقاً حصول أدنى ضرر ولا تشاقل وفي  
 بعض الظواهر المرضية ومن القساوة العظمى بل والمضرمع المرضي  
 عن الماء ماداموا في حالة الحمى مع العطش الشديد واعطاهم بدلاء  
 ذلك الماء الساخن أو المنقوعات الساخنة أو المشروبات المحلاة التي  
 يأبأها المريض بسرعة ولا تطف السعال كما يؤمل من اعطائهم فإنها غير  
 ضرورة للاستعمال والزمن الذي يمضيه المريض في فراشه وفي أودته  
 لا ينبغي أن يكون بكيفية محدودة وعدد معلوم من الأيام والأسابيع بل  
 الذي ينبغي التمسك به هو أن تبقى المرضي في فراشهم مادام عندهم أثر الحمى  
 والتفلس مستمراً والسعال شديداً ويحفظون في أودهم مادام عندهم  
 أثر النزلات الحصبية سواء مضت الأربعة عشر يوماً أو الستة أسابيع  
 المحددة لذلك عادة أو لم تمض - وكذلك بعد تمام شفاءهم ينبغي للطبيب  
 الالتفات إليهم التهااتاً ومعالجة أى سعال ولو خفيفاً بغاية الدقة وقد كثرت في  
 العصر المستجد استعمال معالجة مائية مضادة للحمى كما تستعمل في غير هذا  
 المرض من الأمراض التسممية ولا شك أنها ناجحة في الأحوال الحصبية



المصحوبة بحمى شديدة وهذه المعالجة عبارة عن تغليف المريض بمبالة  
بالماء البارد أو الحمامات الباردة أو كما يوصى به سمن وضعها ابتداء في حمام  
فاتر درجة حرارته ٢٧ ويبرد بالتدريج الى ٢٢ أو ٢٠ وتكرر مرتين في اليوم  
أو أكثر ومن هذا القبيل استعمال الكين أو حمض الصفصاف بقصد تنقيص  
درجة الحرارة

والعوارض الخطرة التي تستدعي معالجة قوية أول ما يعدم منها كثير من  
المؤلفين ارتداع الطفح وبقولون ان أهم الوسائط العلاجية هي التي يمكن بها  
ارجاع الطفح ثانية ونحن لا نخشى من القول بان المعالجة التي تفعل من هذه  
الحديثة ليست مؤسسة على معارف علمية بل هي خطيرة للغاية وخطرها ناتج  
من كون الوسائط العلاجية التي تستعمل لها تأثير مضر في سير هذا المرض  
فقد ذكرنا ان ارتداع الطفح طبقا لما بيناه ليس سببا في تفاقم اعراض المرض  
بل نتيجة له وانه يحصل من الهبوط العام للمريض الذي يشترك فيه الجلد  
فتتأثر هذا المرض سببه كما ذكرنا ظهور بعض المضاعفات الثقيلة لاسيما  
بعض التهابات الرئوية الفصيصة فان جهل الطبيب ذلك وأمر بذلك  
جلد الطفل بالصبغات والمروحات المهيجة أو بوضعه في حمام ساخن مضاف  
اليه مسحوق الخردل أو البوتاسا الكاوية أو بتغليغه بمبالات مبتلة بمنقوع  
خردل ساخن زعمنا بارجاع الطفح ثانية ترتب على ذلك غالبا ولو حصل  
المقصود وقتيا من رجوع الطفح ضرر عظيم فان جميع هذه الوسائط  
العلاجية ليس لها تأثير جيد في سير التهابات الرئوية الفصيصة وغيرها  
من المضاعفات الثقيلة ولا نهاتريد الخي ازيدا عظيما والاعراض التي  
تحصل مدة دور الهجوم سيما نوب بحكة الصوت وانطوائه وعسر التنفس  
العظيم التي تحصل خصوصا في اثناء النوم تستدعي عين الوسائط العلاجية  
التي ذكرناها عند الكلام على معالجة النزلة الخجيرية البسيطة خصوصا  
المقيثات ووضع الاسفنج المبتل بالماء الساخن على العنق واعطاء المشروبات  
الفاترة وان كان السعال قويا جدا مسمرا وجب أن يعطى للبالغين في المساء  
قدرا من ثلاثة ديسى جرام الى ستة (اعني من خمس قمحات الى عشرة) من  
مسحوق دوفريو يؤمر للاطفال الذين لا ينبغي اعطاؤهم المركبات الافيونية  
لخطرها عندهم سيما ان كانت في حالة الخي بمقادير صغيرة من خلاصة

الحس البرى أو منقوع خفيف من عرق الذهب بقدر ثلاثة دريى جرام  
 (اعنى ست قمحات) على مائة وعشرين جراما (أى اربع اواق) من  
 الماء وخمسة عشر جراما (اعنى نصف أوقية) من الشراب وعند  
 ما تكون الحى مكتسبة للصفة النهائية فى دور هجوم هذا المرض وتزهر  
 طفحه لا مانع من اعطاء تترات البوتاسا ولأنه من الاكيد أن هذا الجوهر  
 الدوائى لا يمنع حصول المضاعفات النهائية الاندراجدا وأما اعطاء المقيئ  
 فيحتاج لاحتراس عظيم جدا فان التقيء والاسهال عند الاطفال المصابين  
 بالحصبة مضر وكثيرا ما ينشأ عنه الهبوط العظيم الذى يهدد حياة المريض  
 فى اثناء سير الحصبة المدممة بالانتهائية وأما التهاب الحنجرى والالتهاب  
 الرئوى اللذان يضاعفان الحصبة احيانا فينبغى معالجتهما طبقا للقواعد  
 العلاجية التى ذكرناها عند الكلام على معالجة الاشكال الاولى من  
 هذين المرضين ولو كان العشم هنا بالانجاس قليلا ومثل ذلك يقال فى باقى  
 مضاعفات الحصبة وأما الاشكال الضعيفة والتيفوسية والعقنة للحصبة  
 فالمستعمل فيها على الكينا والحوامض المعدنية والمنبهات

### المبحث الثانى \*

(فى القرى مرضية والحى القرى مرضية)

\*( كيفية الظهور والاسباب ) \*

الحى القرى مرضية مرض معد وثبوته ليس ببعض أحوال التلقيح الناجمة  
 فقط بل بالاتقال أيضا والانتشار العام الثابت بمشاهدات أكيدة من محل  
 الى آخر بواسطة أشخاص مصابين بهذا المرض لكن القول بان سريان هذا  
 المرض بواسطة العدوى هو الوسيلة الوحيدة فى انتشاره وان السم القرى مرضى  
 لا يحصل مطلقا حصولا ذاتيا لم يثبت ذلك بالكلية فانه قد شوهد فى محال  
 متعددة فيها يمكن اتباع انتشار هذا المرض مع غاية الوضوح ظهور  
 اوبية منه بدون ثبوت انتقاله اليها الا بكيفية قطعية ولا ظنية والسم القرى مرضى  
 ليس معلوما لتساك السم الحصى و يظهر أن عدوى بعض الأشخاص  
 الماكثين بقرب المرضى المصابين بالقرى مرضية بدون ملامستها مباشرة يثبت  
 ان السم القرى مرضى موجود فى تصاعدات المرضى ومختلط بالهواء المحيط بها



كما انه توجد أدلة عديدة محقة تثبت ان العدوى بالقرمزية وانتقالها من محل الى آخر يمكن حصولها بواسطة بعض الاشخاص التي تبقى مصونة من الاصابة به ولم تثبت التجارب الى الآن كون الحامل للسم القرمزي هو الدم والافرازات ودور التفريخ في القرمزية يظهر أنه اقصر زمنا من دور تفريخ الحصبة فلا يستطيل الاثمانية أيام أو تسعة لكن هذا الزمان اثباته عسر بسبب صعوبة معرفة الوقت الذي حصل فيه ابتداء العدوى وكذا لا يمكن القول القطعي بالدور الذي فيه تكون القرمزية معدية ثم ان الاستعداد للاصابة بالقرمزية أقل انتشارا من الاستعداد للاصابة بالحصبة فان عدد الاشخاص الذين لم يصابوا بهذا المرض مدة حياتهم ليس قليلا

والاصابة بالقرمزية يسكا ديزيل استعداد الاصابة بها مرة ثانية بدون استثناء والاطفال الرضع تبقى مصونة عن الاصابة به مدة تسلطته تسلطنا وبائسا واما الاطفال الذين جاوزوا السنة الثانية فهي اكثر عرضة للعدوى به ومع ذلك فقد تصاب بالحمى القرمزية أشخاص بالغون لم يكونوا أصيبوا به مدة طفوليتهم بل وقد يشاهد هذا المرض احيانا عند الشيوخ ويكاد لا ينطفي بالسكاسة في المدن العظيمة لكن الاسباب التي توجب انتشاره زمنافرمنا والتي تحمله من الحالة الافرادية الى الحالة الوبائية بخافة ليست معلومة لنا كما اننا لانعلم الاسباب الموجبة لتنوع اوبية هذا المرض واختلافها بالنسبة للعبث والجودة واوبية القرمزية تتسلطن عادة في فصل الخريف والربيع لكن ليس على الدوام وتعقب بعضها في ازمدة كثيرة الطول او قليلا وتختلف مدتها

### الصفات التشريرية

التغيرات التشريرية التي تظهر في الجلد مدة الحياة عبارة عن التهاب اريتماوي منتشر فيه فانها تنشأ من احتقان الجلد احتقانا شديدا وارتشاح طبقاته السطحية ارتشاحا وذيما وبالتهابيا واحمرار الجلد الناشئ عن احتقانه يتضح أولا على هيئة نكت صغيرة عديدة قرية من بعضها تنسلط بسرعة فتكون اطنخا عريضة عمرة مستوية (وتسمى بالقرمز به اللطخية) واندر

من ذلك ان احمرار الجلد يبقى قاصرا على بقع منعزلة مختلفة في الاتساع غير منتظمة الشكل أو انه يشاهد على الجلد الباهت بقع محمرة (وتسمى بالقرمزية النسكية) ويندر أن يحصل في هذا المرض مثل ما يحصل في الحصبة حلمات ناشئة عن تجمع نضج التهابي في جوهر الجلد في أصفار محدودة (وتسمى بالقرمزية الحليمية) بل الغالب ان النضج المنسكب على السطح الظاهر من الجلد يرفع البشرة على هيئة حو يصلات صغيرة (وتسمى بالقرمزية الحوصلية) أو انه يرفعها على هيئة فقاعات عظيمة ممتلئة بسائل صاف أو متعكر أو مصفر (وتسمى بالقرمزية البثرية أو البنفجوسية) وفي الاحوال الخبيثة قد يتضاعف احتقان الجلد بانزفة فيه عظيمة أو صغيرة وان حصل الموت مدة ارتقاء الحى القرمزية يشاهد الجلد في الجثة غالبا كثيفا متيبسا عقب ارتشاحه ولا يندر أن يشاهد فيه فقاعات جافة أو بقع كدمية مسمرة لا تزول عقب الموت كاحتقان الجلد

ثم ان السهم بالسم القرمزي كما انه يؤدي لالتهابات في الجلد يؤدي كذلك لالتهاب في الغشاء المخاطي الحلقى والشكل الاعتيادى من التهاب الغشاء المخاطي الحلقى القرمزي هو التزلى وفيه يصاب كل من الغشاء المخاطي المفشى لقوائم الالهة والوزتين والبلعوم فيكون في الابتداء أجردا ككنا منتفخا جافا ثم يغطي بمواد مخاطية وفي بعض الاوبئة الخبيثة قد يحدث السم القرمزي في الغشاء المخاطي للحلقى الشكل الدفتيري من الالتهاب لاشكاه التزلى فيكون كل من الحلقى والبلعوم في مثل هذه الاحوال مغطى ابتداء بلطخ سنجابية لا يمكن عزلها من الغشاء المخاطي فانها تكون ناتجة عن ارتشاح جوهر الغشاء المخاطي بنضج ليفى وعما قيل تنفصل بعض اجزاء متغفرة من الغشاء المخاطي للحلقى عقب النضج الحاصل فيها فتفصل على هيئة خشكر يشات متغيرة اللون ذات رائحة كريمة فيخلفها فقد جوهر غير منتظم مغطى بمواد صديدية وسخنة وفي أحوال كثيرة قد يمتد هذا التغير الخبيث من الخياشيم الى الانف وهذا التغير هو سبب الزكام الخبيث الذى يحصل في الاوبئة الخبيثة من القرمزية كما ان هذا الالتهاب الدفتيري قد يمتد الى الفم والشفةين وزاويتيهم ويندرامتدادا الى الحنجرة وبالجملة قد



يسير التهاب الغشاء المخاطي القرني على هيئة التهاب جوهري في  
الوزنين فيحدث فيهما انتفاخ عظيم ثم تقبض  
وكثيرا ما تحصل مع الالتهابات الحلقية ذات الشكل الخبيث في القرنية أو  
بدونها التهابات في الغدد النكفية واعدة اللينفاوية العنقية والمنسوج  
الخلاوي للعنق وهذه يندراستها بالتحاليل الغالب انه بعد بقاء الانتفاخ  
العظيم للأجزاء المتهبة الذي كثيرا ما يكتسب صلابة عظيمة جدا يترن بالتقبض  
أو يتنكرز الأجزاء الرخوة (أي موتها) تنكرزاً منتشراً

ومن الثابت حصوله مثل أصابات الجلد والغشاء المخاطي للحلق إصابة  
الكليتين في القرنية وهذه الإصابة إما أن تكون على شكل الاحتقان  
الشديد المصحوب بحالة نزلية في القنوات البولية (مع انقذاف طبقتها  
البشرية) وإما على شكل الالتهاب ذي الغشاء الكاذب في القنوات البولية  
كما يشاهد ذلك في أحوال عديدة بل في بعض الأوبئة يكاد ان تكون الإصابة  
الآخيرة هي التي تحصل على الدوام ولا يجوز اعتداء برسكت الحاد هو  
والذبحه الدفسيه من جملة مضاعفات الحى القرنية الملازمة والا  
فيترتب على ذلك اعتبار التهاب الجلد والالتهاب النزلي للغشاء المخاطي  
الحلقى واحتقان الكليتين مضاعفات للعمى القرنية وليست من  
اعراضها الخاصة بها

ومثل ذلك يقال أيضا في التهاب المفاصل والبلورا والغلاف الظاهر للقلب  
أي التامور وفي التهاب الأذن الباطنة والتهاب القرنية وغيرها من  
التغيرات الغذائية الأخرى النادرة التي قد تشاهد في أثناء سير  
القرنية ولولم يثبت إلى الآن انه في الأحوال التي فيها تظهر هذه  
التغيرات عقب التسمم بالأصل المعدى للقرنية يوجد سبب ثان أثر في بنية  
المريض بخلاف السم القرني واحداث هذه التغيرات المرضية كمضاعفات  
للقرنية نفسها بل يظهر بحسب الظن ان التسمم بالأصل المعدى للقرنية  
الذي لا يحدث في غالب الأحوال التغيرات مدركة في الجلد والحلق  
والكليتين هو الذي يحدث على الدوام اضطرابا وتنويعا عموما في تغذية  
الجسم بتمامه فيحدث أيضا بتأثير أسباب أخرى غير معلومة تغيرات مرضية

ثقبلة مدركة في الاعضاء المذكورة وهما ينبغي التنبيه له ان الدم في جثة  
الاشخاص الهالكين بالقرضية يوجد قليل اللبنة ما تعامدوا واحيانا  
يوجد كل من الطحال والابرة المعوية منتفخا

### في الاعراض والسير

الحمى القرضية البسيطة أي الطبيعية أو الجيدة هي عبارة عن الاحوال  
التي فيها تحفظ الحمى الصفة التهججية ولا توجد بها تغيرات مدركة موضعية  
الا في الجلد والغشاء المخاطي الحلقى على صفة الذبحة الحلقية التزلية الشديدة  
واحتقان السكتين البسيط وسنذكر أولا اعراض هذا الشكل البسيط من  
القرضية وسيره (الذي هو يكاد على الدوام يكون مرضا ثقيلًا) ثم نذكر  
أيضا التنوعات التي تحصل في اعراض هذا المرض وسيره الناشئة تارة من  
الشكل الضعيف للعمى الناتج غالبًا عن ارتقاء درجة حرارة الجسم الى درجة  
عظمى وتارة عن كثرة تعدد الاصابات الموضعية وامتدادها فنقول  
واما دور تفريخ هذا المرض ففيه تتشكى بعض المرضى بتكسر وهبوط  
واحساس بضجر غير محدود ولكن أغلبهم يكون في حالة صحة تامة  
واما دور الهجوم فانه يبتدى بنوب قشعريرات متكررة ويندر ابتداءه  
بنوبة قشعريرة واحدة ثم يعقب ذلك احساس بحرارة محرقة تهوع أوفى  
وآلام شديدة في الراس واحساس بخنجر عظيم وتآلم عموي في المفاصل  
وتكسر فيها وغير ذلك من الاعراض التي تسكاد تصاحب كل حمى ثقبلة  
والنبض يكون غالبًا في هذا الزمن سر يعاجدا بحيث يصل الى مائة  
وعشرين أو مائة وثلاثين ضربة في الدقيقة الواحدة وحرارة الجسم تصل  
احيانا الى درجة الاربعين أو الواحد والاربعين مئيتية أو يزيد وهذه  
السرعة العظيمة للنبض هي وارتقاء درجة الحرارة الى هذه الدرجة يكاد أن  
لا يوجد في ابتداء غير هذا المرض من باقي الامراض حتى في التهابات  
الاعضاء المهمة الممتدة ومن هاتين الظاهرتين يمكن الظن بان هذه الحمى  
هي حمى مرض تسمى انتشاري وحيث ان اعراض التهاب الحلق المحسوسة  
للمريض والمدركة للطبيب تظهر عادة ابتداء مع الحمى في آن واحد يمكن الحكم  
مع التأكد التقريبي بان المريض معترية حمى قرضية ابتداءية وليس



حصية ولا جدر يا ولا غيرهما من الامراض التسممية فان المرضى تتشكى  
 باحساس بجفاف وحرقان في الحلق والام تزداد عند الازدراد وعند النظر  
 في الحلق يشاهد كل من الغشاء المخاطي للوزتين وقوائم اللهاة أجردا كذا  
 منتفخا وكذا اللسان في بعض الاحوال يكون شديدا احمرار من حافته  
 وهذه الظواهر السابقة تسمر احيانا بعض ساعات أو أن الطفح يتضح حالا  
 مع ظهور حى دور الهجوم بحيث ان هذا الدور ينفذ بالسكية في مثل هذه  
 الاحوال لكن الغالب ان اعراضه تسمر مدة يوم أو يومين ويندر ان تستطيل  
 مدتها أكثر من ذلك وكان اعراض دور الهجوم تختلف شدتها قد تنوع  
 أيضا في بعض الاحوال وهذا التنوع يكون متعلقا اما بحالة بنية المريض  
 أو بمؤثرات أخرى غير معلومة فبعض المرضى يوجد عنده هيجان عظيم أو  
 هذيان وبعضهم عنده نخود في الحواس فتستأق على فراشه في حالة هبوط  
 وكثيرا ما يحصل عند بعض الاطفال تشنجات كما يحصل عندها في غير  
 هذا المرض من الامراض الحمية ومن جهة أخرى يوجد مرضى تتحمل دور  
 هجوم القرصية بسهولة عظيمة فلا يظهر انه معتر بهم مرض ثقيل في اثنا  
 وأما دور الطفح فيكاد يبتدى على الدوام بثوران الحى وكذا الظواهر التي  
 تصاحبها كآلم الرأس والاحساس بالضعف والضعف أو الهبوط يحصل فيها  
 كذلك ازدياد وكثيرا ما تحصل تشنجات عند الاطفال في هذا الزمن والطفح  
 القرصى لا يظهر ابتداء في الوجه مثل الطفح الحصبي بل انه يظهر ابتداء  
 في العنق ويمتد منه الى باقى الجسم بحيث انه يعم الجلد بالاحمرار القرصى  
 في ظرف ٢٤ ساعة الى ٣٦ وانما الوجنتان هما المحمرتان فقط ولذا  
 يكون الطفح القرصى في الوجه أقل وضوحا من محلات أخرى وأشد  
 درجة الاحمرار توجد في العنق وثنيات المفاصل والجهة الوحشية من  
 الاطراف والايدي والاقدام والتجخير الجلدى للمرضى يشابه الجبن العفن  
 أو رائحة الاقفاص المحبوس فيها الحيوانات الوحشية وعند اتضاح الطفح  
 ترتقى كذلك اعراض الذبحة الحلقية فاحمراره يصير قانيا واللسان لا يكون  
 فقط محمرا من الحواف بل ومن ظهره أيضا بحيث ان الاطلا الذي كان مغطيا له  
 في الابتداء ينقذف في شاهد اللسان ذالون أجرفا تم والحلمات اللسانية

المنتفخة تعطى للسان هيئة خشنة (تشبه لسان القطط) وفي دور الطفح قد  
تشاهد ظواهر مختلفة من الاعراض التي سبق شرحها بدون أن يكون لها  
تأثير عظيم في سير المرض فمن أن الطفح قد ينتشر بسرعة عظيمة جداً على  
جميع سطح الجلد ومنها أن الاحمرار قد يكون قافياً واحياناً ادا كنا ومنها  
أن الطفح قد يكتب هيئة الحصببة الدخنية كما أن ظواهر الذبحة الحلقية  
قد تكون عظيمة الشدة واحياناً خفيفة بالكابة والنزلة الحلقية  
لا تصطبغ في كثير من الاحوال بنزلة حنجرية ولا بنزلة في القصبة الهوائية  
والشعب

وأما دور تزهو الطفح الذي يستمر من أربعة أيام الى خمسة عادة ففيه ترتقي  
الحجى في الابتداء وتصل الى نهاية ارتقاها في اليوم الثاني وفي هذا الزمن  
يكون الطفح في أشد درجة تزهو وكذلك ظواهر الذبحة الحلقية تكون قد  
وصلت الى أشد درجاتها والبول يحتوى على كثير من المواد البشرية المنقذة  
وكثيراً ما يحتوى على قليل من الزلال وكذلك الحالة العامة للمريض تكون  
في هذا الزمن في أشد درجة اضطرابها ثم تأخذ جميع الظواهر المرضية  
في التناقص والانحطاط فكل من سرعة النبض وارتفاع درجة الحرارة يهبط  
ويبهت الطفح ويقل تعمس الازدياد وينخفض اضطراب الحالة العامة  
والاحوال المرضية في هذا الدور بقطع النظر عن اختلاف درجة ارتفاع  
الحرارة وتعداد التغيرات الموضعية التي تشاهد في هذا الدور لا يماثل  
بعضها بعضاً فان الطفح قد يستمر في بعض الاحوال زمناً طويلاً على الجلد  
واحياناً اخرى يبهت وينطفئ بسرعة ومثل ذلك يقال في تغيرات الغشاء  
المخاطي وباقي اعراض الحجى

وأما دور التفلس فانه يبتدئ عادة في اليوم الخامس بعد ظهور الطفح  
فالاحمرار قد ما يكون زاهياً حول المفاصل يبهت جلد العنق بالكابة وفي  
هذا المحل يشاهد أن الجلد يصير خشناً وتقلس بسهولة بأن تتجزأ الطبقة  
البشرية الى جلة قطع ثم تنفصل على هيئة أهداب صغيرة وبعد أيام قلائل  
يزول الاحمرار أيضاً من الاطراف ويبتدئ التفلس لكنه في الاطراف  
لا يحصل مثل ما يحصل في تفلس العنق بمعنى أن الطبقة البشرية لا تنفصل



على هيئة خريشات صغيرة قشرية الشكل بل انما تنفصل على هيئة أهـداب  
 مة سكة عظيمة بحيث يترعها المريض به في دور الفلاس الذي يستمر  
 عادة من ثمانية أيام الى أربعة عشر تزول جميع الظواهر الحمية هي وظواهر  
 الذبحة الحلقية وينتهي المرض في الاحوال ذات السير الطبيعي الجيد  
 في الاسبوع الثالث أو الرابع بالشفاء التام ثم انه يعد من الاشكال الجيدة  
 لهذا المرض أيضا شكله غير التامة كالحى القرىية بدون طفع  
 وكالقرىية بدون ذبحة حلقية والقرىية العديمة الطفع لا يمكن تمييزها عن  
 الذبحة الحلقية البسيطة الا باعتبار وباء القرىية المتسلطن وشدة درجة  
 الحى وثقل الاضطراب العام عند المريض وبدور الظواهر السابقة أى  
 دور الهجوم الكثير الوضوح وأما القرىية العديمة الذبحة الحلقية فانها  
 تعرف بالظواهر الحمية وبالطفع الخاص بالقرىية فان اصابة الغشاء  
 المخاطى الحلقى باسم القرىية تكون اما غير مدركة بالكلية أو لا يوجد  
 عند المريض الا عسر خفيف في الازدراد واهجرار ضعيف في الحلقى وينبغى  
 الاحتراس التام في تشخيص القرىية غير المصحوبة بذبحة حلقية سيما  
 ان لم يثبت ان الاغضاء المصابين لم يسلاموا أشخاصا مرضى بالحى  
 القرىية والتمييز بين القرىية غير المصحوبة بذبحة حلقية وبين الايرتعا  
 الممتدة وبعض أشكال الوردية يعسر غالباً بسبب المشابهة التامة بين  
 هذين الطفرحين ولا يمكن فى الحقيقة تمييزهما عن بعضهما الا باعتبار الاحوال  
 السببية

ثم ان الحى القرىية يمكن أن تؤثر تأثيراً متلفاً على البنية مثل الحصبة بدون  
 أن تظهر تغيرات غذائية ثقيلة فى بعض الاعضاء بل قد تهلك المرضى من هذا  
 التأثير المتلف بدون ظهور التغيرات المرضية الاعتيادية للقرىية فى  
 الجلد والغشاء المخاطى الحلقى وهلاك المرضى فى مثل هذه الاحوال يكون  
 من شلل القلب الذى يسبق بظواهر الانحطاط والضعف العظيم جداً وينبغى  
 لنا فى مثل هذه الاحوال التمييز بأن كان شلل القلب ناتجاً عن تغير فى صفات  
 الدم بواسطة السم القرىية وتأثيره على المجموع العصبى ولا سيما اعصاب  
 القلب أو كان هذا التأثير المهلك ناشئاً عن درجة الحى وارتفاع حرارة الجسم

الى درجة غير مطابقة لسكر حيث ان حرارة الجسم ترتقى الى درجة عظمى ولو  
 في القرصية الاعتيادية الجيدة وان ارتقاء درجة حرارة الجسم الى درجة  
 تجاوزت الحد لا يمكن به اسرار الحياة بحسب التجارب الفسيولوجية كما  
 ذكرنا نعتبر النظريات الاخيرة من أنه في القرصية الخبيثة والقرصية  
 الضعفية التيفوسية بأن ارتقاء درجة حرارة الجسم الى درجة فائقة الحد هو  
 المؤدى الى شلل القلب ثم ان اعراض القرصية الضعفية التيفوسية تشابه  
 بالكلية اعراض الحصبة الضعفية التيفوسية والاشكال التيفوسية لغير  
 هذا المرض من الامراض سيما التسممية الحادة الانتشارية ففي دور الهجوم  
 تكون المرضى في حالة هبوط عظيم مستقيمة على فراشها في درجة انخفاط  
 عظيم لا تدرى ما حولها ولا تجيب عن الاسئلة التي توجه اليها ثم تقع في حالة  
 كوماوية تامة والحدقة تكون غالباً مددة ولا يتدرأ ان تحصل انقباضات  
 عضلية خفيفة أو تشنجات عومية عند الاطفال وبصير اللسان جافاً والنبض  
 صغيراً جداً يكاد لا يحصى عدداً وكثيراً ما يكون الجلد ذراعاً حارقة  
 والاطراف باردة بعكس ذلك ثم يرتقاء درجة الانخفاط وبالأوديميا الرثونة  
 التي تنضم لذلك يمكن ان تهلك المرضى قبل ظهور الطفح القرصى والذبحة  
 الحلقية القرصية التي تكاد لا تدرأ في مثل هذه الاحوال بسبب ثقل الحالة  
 العامة عند المريض تكون غالباً قتيرية الشكل وان لم تهلك المرضى  
 في دور الهجوم يظهر الطفح عادة ببطء مع عدم الانتظام ويكون ذا لون  
 باهت أو مرقق ولا يستمر ظهوره على الجلد الا زمناً قليلاً وكثيراً ما يصطبغ  
 بنكت غمشية تستمر ولو بعد زوال الطفح وان دفاع الطفح وظهوره في مثل  
 هذه الاحوال الخبيثة لا يحدث تحسيناً في حالة المريض بل ان الحى الشديدة  
 تستمر وبصير النبض ضعيفاً وانخفاط المريض عظيماً وكثيراً ما ينضم لذلك  
 اسهال وحالة طيلية في البطن ويتغشى اللسان واللثة بطبقة مسودة وأغلب  
 المرضى يهلك في هذا الدور ومن نجوا منهم وامتدت حياته الى دور التفلس  
 يهلك غالباً بامراض تابعة

ومثل هذه الاحوال الخبيثة في السير التي فيها التسمم القرصى يحدث شلل  
 القلب اما بتأثيره اللاوسطى أو بواسطة ارتقاء درجة الحى الى الاحوال



التي فيها تصطبب القرصية بذبحه حلقية خبيثة ويتقرح في الغدد اللينة حاوية  
العنقية وغيره من التغيرات الغدائية الثقيلة ولا يمكننا هنا شرح جميع  
الاحوال والتنوعات العديدة التي تنتج عن التدمم بالاصل المعدى للقرصية  
فنتقصر على القنوبه لها فنقول أما الذبحة الخبيثة فلا يندر أن تظهر في أثناء  
سير القرصية التي تكون بحسب الظاهر جيدة وفي الدور الاول من  
هذه الذبحة لا تظهر على الدوام أعراض مرضية خطيرة فعسر الازدراد  
لا يرتقي الى درجة ثقيلة الا اذا اصطحبت هذه الذبحة بالتهاب جوهري في  
اللوزتين وحينئذ يتعسر الازدراد بالكلية بل يتعذروا اشتراك الغشاء  
المخاطي الانفي مع التهاب الدفتيري للحلق أمر مسةر الحصول بحيث ان  
ظهور الزكام الذي يظهر في الابتداء حميدا اذا افراز جيد يسيل من الانف  
بدون رائحة كريهة عرض يخشى منه للغاية بل يكاد يكون على الدوام خطرا  
والذبحة الحلقية التولية في القرصية يندرا اصطحابها بالزكام جدا ولذا لا ينبغي  
الالتفات لا اعتقاد أهل الطفل من ان الزكام عرض جيد بل ينبغي اعتبار  
هذا العرض علامة غير جيدة وتشخيص الذبحة الحلقية الدفتيرية مع  
التأكد يشبث فقط في الدور الاول لهذا المرض من البحث عن الحلق بالنظر  
فيظهر على الغشاء المخاطي المحمر احمرارا شديدا الطخ ذات لون أبيض وضح  
ملتصقة بالغشاء المخاطي ثم بعد بض أيام يتغير شكل المرض ويكتسب هيئة  
خبيثة فان الطخ وان لم ينتج عنه ظواهر مرضية ثقيلة غير أنه تشم بقرب  
المريض رائحة منتنة قديمة تنتشر من فمه وأنفه وتنقل من حلقه الاطخ الوعجة  
على هيئة خشك يشات يتكون محالها قروح متغيرة اللون ويسيل من الانف  
افراز مصفر ذورا رائحة كريهة يتساقط منه جلد الوجنتين والجزاء الملامسة له  
وكذا العقد اللينة حاوية العنقية تنتفخ انتفاخا عظيما مكونة لتعقدات صلبة  
غير منتظمة الشكل على جانبي العنق والمرضى تسكون مستلقية مائلة الرأس  
الى الخلف وفي حالة تقرب من السكوما أو فاقدة الادراك بالكلية والنبض  
الذي يكون في الابتداء قويا يصير صغيرا متواترا بحيث يصل الى ١٤٠ أو  
١٦٠ في الدقيقة الواحدة وحرارة الجسم ترتقي الى درجة الاربعين مئانية  
أو يزيد من ذلك وفي مثل هذه الاحوال يحصل مثل ما يحصل في الحصبة متى

اصطبب هذا المرض الاخير بالتهاب راوى قصصى فان الحى الناشئة عن التسمم بالاصل المعدى للقرمزية ترتقى الى درجة عظيمة جدا متى اصطبب هذا المرض بالتهاب دفتيرى فى الحلق فترتقى حرارة الجسم الى الدرجة التى فيها تشاهد على الدوام ظواهر الضعف والشلل ثم ان عاشت المرضى ومضى زمن تزهرا الفم - حصل دور التفلس بكيفية طبيعية غالباً غير أنه يتساقط حتى تشفى القروح الحلقية ويزول سيلان المتن من الانف وكثيراً ما يمتد الالتهاب من الحلق الى بوفى ايستاكيموس ومنهم من الى تجويف الطبلة فينشأ عن ذلك التهاب اذنى باطنى كثير اماً يؤدي لانتفاخ غشاء الطبلة والى تسوس العظم الصخري ولذا يستمر عند كثير من المرضى وجود سيلان اذنى بعد شفاء القرمزية طول حياتهم مع تناقص عظيم فى السمع وان كان الالتهاب الدفتيرى للحلق قد امتد من تجويف الفم الى الشفتين شوهد بطء عظيم فى شفاء القروح التى تحصل فى زاويتي الفم - وهناك خطر عظيم يعترى المرضى فى دور تفلس القرمزية وفى أثناء النقاهة ينشأ عن التهاب العقد الليمفاوية وارتشاحها هى والمنسوج الحلقى تحت الجلد للعنق فان هذه الالتهابات يندر أن تنتهى بالتحلل بل الغالب انهما تنتهى بالتقيح بعد زمن طويل جداً مع ظواهر حرجية فتهلك المرضى بالكلى فانه قد يشاهد - لا كهم فى الاسبوع السادس أو السابع عقب شفاء القرمزية بالكلى بسبب تقيح هذه العقد بل والتهاب العقد العنقية وارتشاحها قد يحصل بدون الذبحة الحلقية الخبيثة فينشأ عنه فى مثل هذه الاحوال ارتفاع عظيم فى حالة الحى وظواهر تيفوسية والظواهر الدماغية توجه أيضاً بارتفاع درجة الحى التى تصاحب انتفاخ العقد العنقية وارتشاحها وذلك أجود من توجيهها بالضغط الواقع على الاوعية العنقية واضطراب الدورة الدماغية الناشئ عن ذلك ولا ينبغي اختلاط التهاب العقد العنقية وتقيحها المذكور بالتهاب النكفة الذى يحصل أحياناً فى سير القرمزية سيما فى دور التفلس مثل ما يحصل فى سير التيفوس والتفريد الهيفى

وقد ذكرنا انه من المضاعفات المهمة فى التسمم بالاصل المعدى للقرمزية الالتهاب الكلى الذى يبقى أى ذوالغشاء الكاذب والامر المعلوم من ان



الاستسقاء الحمى يحصل عادة في دور التفلس ويكون ناشئاً عن التغيير  
 المرضى للكينين أدى الى الوقوع في الخطأ الى وقتنا هذا الظن بان كلا  
 من الاستسقاء الحمى واصابة الكليتين ناشئ عن تأثير البرد الذي تعرضت  
 له المرضى في دور تزهير الطفح أو تفله لسكر هذا الخطأ ينتفي بالسكاية  
 بما سنده كره وهو أنه في بعض الاوعية قد لا يحصل في جميع الاحوال بول  
 زلال ولا استسقاء لحمي وفي أوعية أخرى يكاد يفقد بالسكاية واعراض  
 التهاب الكلى اللبقي مع سيره قد ذكر مفصلاً عند الكلام على التهاب  
 الكلى وذكرنا هناك ان أغلب أحوال هذا المرض تحصل في دور  
 التفلس والاستسقاء الحمى القرصية الذي يكون عرضاً لالتهاب الكلى  
 الحاد كثير اماً تشفى منه المرضى لكن بعضهم يهلك منه عقب ظهور التسمم  
 البول أو غيره من الاعراض التي تظراً كالتهاب الرئوى والبولوروى  
 وغير ذلك وأما الاستسقاء الحمى القرصية الغير المتعاق بالبول الزلالى فهو  
 مرض تابعي للقرصية غير خطر ومنهم ويظهر تدريجاً وقد يصل لدرجة عظيمة  
 جداً ويبقى في الغالب قاصراً على المنسوج الخاوى تحت الجلد ويندر أن يمتد  
 الى التجاويف المصلية والشفام هذا المرض التابعي للقرصية غير  
 المصحوب بالبول الزلالى كما شاهدناه أحياناً قد يحصل في أقرب وقت

### المعالجة

أما المعالجة الواقية فاتها تستدعى عزل الأشخاص السامة من المريضة ومن  
 لامسهم وهذه الوساطة هي الوحيدة والناجحة ولذا ينبغي التمسك بها مدة  
 تساطن وباء القرصية الخبيث تمسكاً تاماً وأما استعمال البلادونا كوساطة  
 واقية من القرصية بان يؤخذ من خلاصة البلادونا ١ سنجرام أعني  
 ثلاث قمحان ومن الماء المقطر ٣٠ جراماً أعني أوقية ويعطى من هذا المحلول  
 نقط بعدد مضاعف بالنسبة لعدد سن الطفل فهو وان اعتبر عند الأطباء  
 الأثيوبيين وغيرهم من الأطباء أنها واسطة واقية من القرصية إلا أن  
 التجارب قد دلت على ان استعمال هذا الجوهر ولو مع الاستقرار رجلة  
 أسابع لا يقي من هذا المرض بالسكاية ومثل ذلك يقال بالنسبة لجميع  
 الوسائط الموصى بانها واقية من القرصية سواء استعملت من الباطن

## أدمن الظاهر

وأما معالجة الحمى القرمزية الواضحة الطبيعية فهي مؤسسة على نفس القواعد العلاجية التي ذكرناها في معالجة الحصبة فعلى الطبيب قبل الشروع في أى معالجة ينبغى له ان يراود نفسه هل يسوغ له احداث اضطراب في السير الدورى المحدود لهذا المرض أم لا و يتسك بذلك غاية التمسك - وينبغى في مثل هذه الاحوال حفظ حرارة قاعة المريض في درجة محدودة من ١٠ الى ١٢ ريو مير ما أمكن ومنع تغطيته باغطية ثقيلة غير معتادة ويؤمر بتجديد هواء القاعة مع غاية الاحتراس زمنا قزمننا وأجود المشروبات التي تستعمل الماء الفراح أو الليمونات الخفيفة وتعطى في الابتداء الاغذية الخفيفة جدا كالشورية المائية ومنقوع الخبز وبعض الاثمار المطبوخة وفي الادوار الاخيرة لهذا المرض تعطى له الامراق والالبان ونحو ذلك وعند وجود امساك يؤمر له بحقن من الماء الفاتر ولا تعطى له المسهلات اللطيفة الا عند الضرورة ومن العوائد المتبعة حفظ المرضى في أسرهم الى أن ينتهى دور النفاس ومن الجيد في الواقع التمسك بهذه العادة بدون ان يغتر الطبيب بان أغلب المرضى المصابين بالقرمزية الذين لا يتمسكون بهذه العادة والاحتراس لا يعترهم أمراض أخرى بل وينبغى حفظهم من تأثير البرد بعد انتهاء دور النفاس بان تحفظ في اودها مدة أربعة عشر يوما في زمن النقاهاة ويوصى باستعمال الحمامات الفاترة زمنا قزمننا وهذه المعالجة الانتظارية تكفى بالكليّة في جميع أحوال القرمزية الجيدة البسيطة وتفضل عن غيرها من الطرق العلاجية الدوائية والايدروباتية أى

## المعالجة بالماء

لكنه قد يظهر في أثناء سير الحمى القرمزية مضاعفات تستدعى طرقا علاجية قوية اذ كثيرا ما تنجم فيها الوسائط العلاجية القوية في هذه المضاعفات بعد ارتقاء درجة حراره الجسم الى درجة عظيمة جدا وظهور اعراض الضعف والشلل العمومى الناشئين عن ذلك وكانت تستعمل سابقا في مثل هذه الاحوال الجواهر المنبهة الشديدة مع النجاح احيانا بحيث يمكن تجنب وقوع الشلل الذى كان مهيدا بالحصول غير ان أغلب المرضى كان يهلك بهذا



الشكل ولو مع استعمال كربونات النوشادر الذي كان يعتبر نوعيا في القرصية الخبيثة وفي عصرنا هذا قد دلت التجارب على ان المعالجة بالماء البارد كتغليف الجسم بملاءة مبتلة بالماء أو النطولات الباردة التي مدحها سابقا الطبيب كوربييه وغيره من الاطباء في معالجة القرصية الضعيفة أو التيفوسية ناجحة جدا وكذا الحمامات الباردة وأي ذلك النجاح العظيم طريقة الايدروباين اذ في هذه الطريقة تعالج الحمى القرصية مع غاية النجاح وفي الحقيقة هذه الوساطة العلاجية من الوسائط العظيمة التي اكتسبها علم المعالجة في احوال الحميات القرصية الخبيثة خصوصا اذا كانت بسيطة أي غير مصحوبة بتغيرات موضعية ثقيلة بل لا يمكن تعويضها بطريقة الطبيب شاهين وهو ذلك الجسم في الاسابيع الثلاثة الاولى بالشحم مرتين كل يوم ومرة واحدة في الاسبوع الرابع ولو ان هذه الطريقة تحدث بعض راحة عند المرضى ولا يمكن ثابت الحكم بان كان صب الماء البارد على الجسم في حوض افضل من تغليفه أي لفه بملاءة مبتلة ام لا وعلى كل حال فكلاهاتين الطريقةتين ينتج عنه تناقص عظيم في درجة حرارة الجسم فيلزم اعادة استعمال احدهما كما ارتقت حرارة الجسم الى درجة عظيمة ثانيا وظهرت اعراض الضعف وينبغي تكرار لف الجسم بالملاءة المبتلة من ثلاث مرات الى ستة في كل عشر دقائق او ربع ساعة ثم يوضع المريض في فراشه مع الراحة الى ان يحتاج الحال لتكرار هذه العملية ثانيا وفي اوربا ينذر ان يجد الطبيب من يمنعه من العوام في الطب العملي عناية عظيمة فانهم هم علوان نجاح طريقة معالجة القرصية بالماء البارد من الاطباء الايدروباينين

وتنبه لا يكاد الطبيب في بلادنا يجري هذه الطريقة بسهولة عند العوام لعدم معرفتهم بالنتيجة الايدروباتية المذكورة سيما وقد تسلطن على عقولهم ان تأثير البرد والغسل بالماء البارد وما اشبه ذلك مضر جدا في الامراض الطفحية على العموم لا سيما في الحصبة والقرصية وبما ثلها فان وجد الطبيب احيانا عناية في ذلك من العوام اولم يتيسر له ذلك وجب عليه ان يوصي باستعمال سلفات الكينا وحمض الصوف صافيك او صفقات الصودا بمقدار عظم مناسب لسن المريض بل يجوز استعمال هذه الجواهر الدوائية مع المعالجة بالماء البارد متى كانت درجة الحرارة مرتفعة الى درجة

معالجته وفي الاحوال الخبيثة الضمفية التي فيها لا تجمع الوسائط المذكورة  
 انحصيرا لاما نمنع استعمال المنبهات القوية لاجل مقاومة الشلل  
 المهديد بالحصول وذلك كذكر بونات الذوشادر والكافور والمسك  
 ولا سيما النبيذ بحدار مناسب

واعراض الذئبة الخبيثة لا يمكن منع تقدمها بواسطة الاستفراغات الدموية  
 والوضعيات الباردة الموضعية انما استعمال قطع صغيرة من الجليد يتركها  
 المريض تذوب في فمه لتأثير جيد في مثل هذا المرض كما يحصل ذلك في غير  
 هذا الشكل من التهابات الحلقية الشديدة وبعد انقذاف الحشكر بشة  
 وظهور القر و ح الغير الجيدة اللون ينبغي استعمال معالجة موضعية قوية  
 جدا فمس الخلق بمحلول مركز من تترات الفضة كل يوم (درهم منه على  
 أوقيتين من الماء أعني أربعين ديسي جراما على ستين جراما من الماء) ويغمس  
 في هذا المحلول اسفنجية مثبتة على قضيب مرن من شذب القيطس وينبغي  
 كذلك حقن باطن الانف بمحلول خفيف من تترات الفضة (خمس  
 قمحات الى عشرة على أوقيتين من الماء أي ٣ ديسي جرام الى ستة على  
 ستين جراما من الماء تقريرا) فانه قد يشاهد من هذه المعالجة نجاح عظيم  
 بحيث ان بعض الاطفال المتقدمين في السر يقبلون هذه المعالجة الثقيلة من  
 أنفسهم ويرغبون في استعمالها بدون تسكرة ولا اجبار لما يحصل لهم من  
 الراحة الواضحة - والذئبة الخبيرة الليفية اعني السعال الديكي متى  
 صاحبت الذئبة الحلقية الخبيثة تستدعي استعمال المقيثات ومن فوهة  
 المزمار محلول تترات الفضة

وأما التهاب العقد الليفافوية العنقية وارتشاحها هي والمنسوج الخلوي  
 العنقي المحيط بها فليس لنا قدرة عظيمة على تحييلها فان كلامنا  
 الاستفراغات الدموية الموضعية وتأثير البرد والوسائط المنبهة والمحالاة  
 والضمادات ليس له تأثير في تحييل هذا الورم الصلب الغير المؤلم المعطى  
 بجلد سليم تبعه التجار بنا وانما متى اتضح في هذا الورم تقيح فيما بعد واجر  
 الجلد المعطى له جازا استعمال الضمادات الفائرة - ومتى اتضح التوج  
 وجب استفراغ القيح لاجل تجنب حصول موت المنسوج الخلوي والاجزاء



المرشحة عقب ضغط الصديد عليها - وأما معالجة الاتهاب السكوى  
الابني فقد سبق الكلام عليه عند شرح أمراض السكابة وكذا معالجة  
الاستسقاء اللحمي القرصي فقد تقدمت هناك وأما معالجة الاستسقاء  
اللحمي البسيط القرصي أي الغير المحبوب بيول زلال فيسكن في شفاؤه  
تبعالجار بنا المعالجة المعركة أعني إعطاء الجواهر المعركة من الباطن  
واستعمال الحمامات البخارية من الظاهر

### المبحث الثالث

#### (في الوردية)

الطفح الوردى واقع فيه اشتباه عظيم الى وقتنا هذا واختلف فيه الاطباء  
اختلافا عظيما فقال بعضهم لاسيما الشهير هيرا ان الوردية لا توجد كمرض  
قائم بنفسه بل زعم انها تكون أحيانا أشكالا خفيفة من الحصبة بدون  
الاعراض التزلية أو تكون مصحوبة بأشكال خفيفة منها أو انها أشكال  
خفيفة من الطفح القرصي أو أشكال من الانجارية والاطباء التابعون  
لمذهب شونلين يعتبرون الوردية شكلا متوسطا بين الحصبة والقرصية  
فيعنون بالوردية القرصية نوع الحمى القرصية التي فيها يكون للطفح  
مشابهة عظيمة بالطفح الحصبي بخلاف الحمى الشديدة والاصابة الحلقية  
والاستسقاء اللحمي التابعي فانها تكون كفاي القرصية وأما الوردية  
الحصبية فتعتبر شكلا من الحصبة فيه يكون الطفح مختلاطاً بشبه بطفح  
القرصية بخلاف الاصابة المرضية للغشاء المخاطي للقناة الهوائية فان ذلك  
يدل على الطبيعة الحصبية للمرض وقد تسمى الوردية في بعض جهات أوربا  
بالحصبة وبالجلدة فكثير من الاطباء لاسيما في العصر المستجد من يعتبر الوردية  
مرضاتهما نوعيا قائما بنفسه لاسيما المعلم توماس فانه اقر - كما عاين  
مشاهداته في الاوبئة الاخيرة تحقق له نوعية هذا المرض وانفراده فالوردية  
تكون طبقة هذه الاعتبارات المستجدة مرضا وبائيا نادرا الحصول له مشابهة  
عظيمة بالحصبة ولذا ان اوبئته كانت تختلط باوبئة هذا المرض الاخير ومع  
ذلك فالوردية مرض أخف من الحصبة بل هو أخف جميع الأمراض الحمية  
الطفحية الحادة وظواهرها وان كانت تشابه الحصبة مشابهة تامة

بالنسبة لادوار المرض والتغيرات التي تشاهد في الجلد والاعششية المخاطية  
الا ان اعراضها تظهر بشدة خفيفة عما في الحصبة وكذا مدتها قصيرة وحركتها  
الحمية تكون خفيفة يومية بحيث ان كثير من المرضى لا يلجئ الى مكث  
في الفراش والاطباء القائلون بان الوردية مرض نوعي قائم بنفسه وان لم  
ينسكن ان مشاهد هذا المرض الطفحي في حالة منفردة لا يمكن بهاتميزه عن  
الحصبة سهل لهم اجراء التمييز مع الدقة عند تسلطن هذا المرض  
تسلطنا وبأثبات جميع الاحوال تكون ذات وصف خفيف مالم تكن  
الحصبة متسلطة في آن واحد وزيادة على ذلك ان الاطفال التي نجت من  
الحصبة لا تكون مصانة عن الاصابة بالوردية ولذا كان من الجائز ان كثيرا  
من المشاهدات يقضى بان بعض الاطفال قد تصاب بالحصبة مرتين  
متعاقبتين مبني على خطأ وعدم تمييز الحصبة عن الوردية اللتين كثيرا  
ما يتسلطان مع بعضهما أو احدهما بعد الاخرى  
وانذار الوردية حميد جدا ومعالجتها شبيهة بمعالجة الحصبة الاحوال الخفيفة  
من الحصبة

### المبحث الرابع \*

(في الجدري)

\* (كيفية الظهور والاسباب) \*

الجدري مرض لا يسرى الا بواسطة العدوى وأقل ما هناك ان اتشابه  
بكيفية أخرى وظهور اسم الجدري ظهورا ذاتيا أي أوليا امر مشكوك  
فيه للغاية فان اتيان العدوى من شخص الى آخر ثبت في جميع الاحوال  
التي فيها يسهل البحث عن ذلك واسم الجدري الذي ليس معاولنا الا  
بخواصه يوجد في متصل البشرة الجدري وفي تصاعدات المرضى  
وبؤيد ذلك فبحاح التلقيح بواسطة متصل البشرة من جهة ومن جهة أخرى  
العدوى التي تصاد تحصل في غالب الاحوال بدون ملامسة المرضى  
المصابين بالجدري مباشرة وأقوى تأثير اسم الجدري يكون في الزمن الذي  
يكون فيه متصل البشرة الصافي يبتدئ في التشكك ويظهر أن اسم  
الجدري ليس منحصرا في دم المرضى المصابين بالجدري ولا في افرازاتهم



وذلك لان التلقيح بتلك السوائل لم ينجح ثم ان هذا السم ثابت مستعص  
 فلا يفسد بالتجفيف ويتثبت بمواد كثيرة توجد في الهواء المحيط  
 بالمرضى المصابين بهذا الداء ويستمر سنين عديدة مادام محفوظا عن  
 الهواء المطلق ولا يوجد الا سم جدري واحد عنه تنشأ الاشكال الثقيلة  
 وهو الجدري والاشكال الخفيفة منه وهو الجدري فان حصل لشخص  
 عدوى من شخص آخر مصاب بالجدري امكن ان يظهر عنده الجدري  
 الحقيقي بأقوى شدته وبالعكس ثم ان اختلاف تأثير السم الجدري وبعبارة  
 أخرى اختلاف شدة الظواهر المرضية يظهر أنه ناشئ عن كثرة استعداد  
 الشخص المعرض للعدوى بالجدري أو قلته فان الاستعداد الشخصي  
 يختلف باختلاف الاشخاص والازمنة ففي العصر المتقدم كانت  
 توجد اشخاص لم يكن عندهم أدنى استعداد لاصابة الجدري فكانت  
 تتعرض له ولا تصاب به واشخاص أخرى كان يوجد عندهم استعداد قليل  
 جدا بحيث لا يصابون الا بالاشكال الخفيفة منه أعني الجدري وغيرهم  
 يوجد عندهم استعداد عظيم جدا وهو الاغلب لقبول السم الجدري  
 والتأثر منه فيصابون بالاشكال الثقيلة منه أعني الجدري الحقيقي ثم ان  
 الاستعداد لاصابة بهذا الداء الذي يصيب جميع الاشخاص سليمة أو مرضى  
 صغيرة في السن أو كبيرة (بل والجنين في بطن أمه) ذكورا أو نساء يكاد ينطفي  
 بدون استثناء بعد أول اصابة بالجدري مدة الحياة ومثل ذلك في التأثير  
 بالنسبة للاستعداد في الاصابة بالجدري الطبيعي يقال كذلك في التلقيح  
 الصناعي أعني احداث الجدري البقري بالصناعة اذ بذلك كثيرا ما ينطفي  
 الاستعداد لاصابة بالجدري الحقيقي مدة الحياة وعند اشخاص أخرى قد  
 يعود هذا الاستعداد ثانيا بعد بعض سنين الا أنه يندر أن يصل الى درجة  
 عظيمة جدا بحيث ان مثل هؤلاء الاشخاص متى تعرضت للعدوى بالسم  
 الجدري تصاب بالاشكال الثقيلة من هذا المرض وحيث ان اغلب  
 الاشخاص الآن ياقح لها الجدري البقري في سن الطفولية يتصح بسهولة  
 قلة عدد الاصابات جدا بالجدري الحقيقي عما كان يشاهد في الزمن السابق  
 قبل اختراع التلقيح بالجدري البقري وكان الاستعداد لاصابة بالجدري

الطبيعي الذي يعود بعد التليح بالجدرى البقرى يندران يرتقى الى درجة عظيمة يوضح أيضا ان اوبية الجدرى التي تحصل في زمننا هذا تكون خفيفة (أعنى جديريا) وتغلب على الاشكال الثقيلة من هذا المرض أعنى الجدرى الحقيقي بخلاف ما كان يحصل في الزمن السابق فان الاشكال الثقيلة من هذا المرض كانت أكثر - صولا جدام اشكاله الخفيفة - ثم ان تأثير السم الجدرى أو الاستعداد للإصابة به قد يرتقى ارتقاء عظيم في بعض الأزمنة وفي بعض المحال بدون أسباب معلومة فتدشأ اوبية جدرية وهذا الوباء يحصل عادة في فصل الصيف وقد يحصل في فصول أخرى وزمن هذه الاوبية يختلف ويتصف تارة بالخبث وتارة بالودة بحيث يكون سيره حميدا وليس لنا قدرة على توجيه هذه الاختلافات

### ﴿ الصفات التشريحية ﴾

التغيرات التشريحية التي تظهر في الجلد بعد تعهم الجسم بالسم الجدرى هي عبارة عن التهاب جلدي سطحي له ميل عظيم للتفحج وفي الاشكال الخفيفة من هذا المرض يتكون القيح من أخلية شبكة ملبجي فقط وأما في اشكاله الثقيلة فان هذا التغير يمتد الى جوهر الجلد فيهتك ويختلف ذلك فقد جوهر على هيئة ندبة القمامية وفي هذه الحالة الاخيرة يختلف هذا المرض أثر واضح على الجلد وهي الاثر الجدرية ويظهر ان الاوبية الخبيثة التي حصلت في الزمن الانخير في المانيا لم يحصل فيها تكتكات غائرة في الجلد بكثرة كما كان يحصل ذلك في الاوبية السابقة

ثم ان الالتهاب الجلدي الجدرى يندئ باحتقان محدود في الجلد يمتد الى جميع مكمه حتى يصل الى المذوح الخسوى قمته - وعمما قليل من الزمن يصير هذا الاحتقان محدودا بحيث يكون حلمات سطحية صلبة وان امتد التغير فيها (وذلك لا يحصل في جميع البثرات الجدرية) ارتفعت الطبقة البشرية من الجلد على هيئة حويصلية ممتلئة بنضج التهابي وتحصل هذه الحويصلات الذي يكور في الابتداء صافيا يتعكر عما قليل باختلاطه بالجسيمات القبيحة ويتكون أخلية جديدة من الشبكة الملبجية وبذلك تستحيل الحويصلات الى بثرات ويوجد في البثرات الجدرية زيادة عن النضج



السائل المختلط بالجسيمات القهجيـه وبالاخلية المنتفخة لشبكة مليبي  
 المسكونة حول دائرة البثرة الجدرية حوية ثخينة مستديرة جوهر ذوات  
 رفيق جسد ناشئ عن الاخلية القديمة لشبكة مليبي المنضغمة بواسطة  
 النضج وعن الاخلية المركزية لامتدادات البشرية الممتدة بين الحلمات  
 الجلدية وهذا الجوهر يمتد في الجزء المتوسط من البثرة الجدرية ويكسيها  
 التركيب الخلوي أي ذوات الهالات ثم ان لم يمتد الا لتهاب الجدرى الى الحلمات  
 الجلدية حصل فيها تفرطح من ضغط البثرة الجدرية عليها وفي مثل هذه  
 الاحوال تجف البثرات الجدرية بسرعة ثم يتكون تحت القشرة طبقة بشرية  
 جديدة ومتى تم تكوينها سقطت القشرة وأحيانا قد يبقى في محل هذه البثرة  
 انبعاج خفيف جدا اذا لم يعد تفرطح الحلمة ثانيا و ينعكس ذلك اذا امتد  
 الالتهاب للحلمات الجلدية وحصل فيها نضج قهجي وتلاشت تبعا لذلك  
 فانه في مثل هذه الاحوال يستحيل من حصول البثرة الجدرية الى مادة صديدية  
 ممكنة باختلاطه بالاخلية القهجية التي تزداد شيئا فشيئا وبالأجزاء المتلاشية  
 من الحلمات نفسها وكذا امتلاء البثرات الجدرية وتوترها يزداد بحيث ان  
 الانبعاج المركزي السطحي الذي يشاهد في كثير من البثرات الجدرية  
 الغير واضح الحصول الى الآن (المسمى بالسرة الجدرية) يزول أيضا  
 والبثرات الجدرية قد يتفجر بعضها فيسيل محتصلها وقد يجف البعض  
 الآخر وحينئذ يتكون فيها قشرة وذلك لان الجزء المركزي هو الذي يجف  
 ابتداء والقشرة المنكونة تسقط فيما بعد فيخلفها أثر ندبة منهجة يوجد  
 في قاعها فوهات الاجربة العديمة الشعر الممتدة

ثم ان كلا من اختلاف انتشار الجدرى وشكله ادى لتنوعه الى أنواع  
 على حسب كونه يوجد بين البثرات الجدرية مسافات سليمة من الجلد  
 فتبقى منعزلة عن بعضها او يلامس بعضها بعضا بحوا فيها أو تختلط  
 ببعضها مكونة لوصلات عمومية وبذلك يفر الجدرى الى جدرى متفرق  
 ومتقارب ومختلط - والجدرى الذي يبقى واقفا في الدور الاول بحيث  
 لا تسهيل الحلمة المفرطحة فيه الى بثرة صغيرة يسمى بالجدرى الحلمي وأما

الجدرى اللينفاوى أو المصلى فهو عبارة عن بثرات جدرية لا يصير متحصلا  
مصفرا قحيبا بل يكون على هيئة سائل قليل التعكر - وأما الجدرى  
الاسود فهو الذى يصير متحصلا  $\equiv$  شير الاجرار أو قليسه أو مسودا بسبب  
اختلاطه بقليل من الدم وأما الجدرى الهوائى أو الانفيزى ماوى فهو عبارة  
عن شكل بمنص متحصله وتبقى البثرة على هيئة علاف فارغ - والجدرى  
الغنغرى عبارة عن الجدرى المصكوب بغنغرى ينشأ فى الجلد وسيلان مادة  
صديدية كريهة الرائحة

وعند تشريح الهالكين بالجدرى وان كان لا يوجد طفح جدرى فى الأغشية  
المخاطية يوجد فيها أثر تغيرات النهاية مع نضج دموى وقد وجد فى كل  
من الكبد والكلىتين والجوهر العضى من القلب وغيره من الاعضاء  
العضلية استحالات شبيهة بمدة

### الأعراض والسير

لا يوجد فى دور التفريح للأشكال الخفيفة من هذا المرض بل ولا الثقيلة منه  
ظواهر مرضية فانه عقب تلقح الجدرى وان ظهر بعض تغيرات فى محل  
التلقيح فى اليوم الثالث الا ان الحالة العامة للمريض تبقى غير مضطربة  
ولا يظهر عنده ادى علامة تدل على انتشار العم الجدرى حتى ينتهى تكون  
البثرة الجدرية الملقحة فى اليوم التاسع وبذلك ينتهى دور التفريح وحينئذ  
تظهر حى الطفح يعقبها ظهور بثرات جدرية على باقى اجزاء الجسم وغيرها  
من علامات النهم الجدرى العمى ومدة تفريح الجدرى الذى لم يكن ملقحا  
تستمر من اثني عشر يوما الى ثلاثة عشر تبعا لمشاهدات برنسبرغ وسمن  
وسنت - كالم ابتداء على اعراض الاشكال الثقيلة وسيرها من الجدرى الحقيقى  
ثم على أشكاله الخفيفة وهو الجدرى فنقول

أما الدور الاول من الجدرى وهو دور الهجوم فانه يبتدىء بقشعريرة أو جملة  
قشعيرات متكررة يعقبها الاحساس بحرارة مستمرة فى الجسم ويصير  
النبض قويا سر يعاوترتفع حرارة الجسم الى درجة عظيمة بحيث تصل الى  
درجة ٤١ أو ٤٢ مئينية ويحمر الوجه وتقوى ضربات الشرايين السباتية  
ويحصل عطش شديد للمريض وفقد فى الشهية ويشتكى بألم شديد فى الرأس



ودوار وضعف عظيم واحساس بتكسر في الاطراف وضغط وضيق في القسم  
 الشراسيفي ويكون اللسان مغطى وطعم الفم عجيبا وكثيرا ما يحصل غشيان  
 أوقى واحيانا رعاف شديد و يكون النوم مضطربا متقطعا باحلام مزعجة  
 وبعض المرضى يقع في الهذيان ولا يندر أن يشاهد عند الاطعمال تقلصات  
 عضلية جزئية وصكبات في الاسنان أو تقع في حالة تنفس بتقطع زمنا  
 فزمناف تشنجات عامة وهذه الحمى الشديدة والاضطراب العام الثقيل  
 جدا وان لم يصطحبا بتغيرات خاصة في الأغشية المخاطية بحيث يستدل منها  
 على نوع المرض التهمى الموجود كما يحصل ذلك في الحصبة أو القرمزية إلا  
 أنه يضم لهذه الظواهر آلام شديدة جدا في القطر والظهر بحيث يمكن بذلك  
 الحكم على تشخيص الجدري ولو تقر بيأس سماع عدم وجود أحوال جدريية  
 منتشرة بقرب محل المريض وإلى الآن لم يحكم بالقطع ان كانت هذه الآلام  
 القطنية الظهرية الواصفة لدور الهجوم من الجدري ناشئة عن الضغط الذي  
 يعترى الاعصاب الشوكية عند خروجها من القناة الفقرية بسبب تمدد  
 الصغيرة الوريدية المحتقنة أو ناشئة عن احتقان السكتين العظيم الذي قال به  
 الطبيب بسير وكل من الحمى والاضطراب الحموي المصاحب لها يرتقى  
 في اليوم الثاني والثالث إلى درجة عظيمة مع انحطاط قليل صباحا وتشتد  
 حتى تصل في مساء اليوم الثالث إلى أعلى الدرجات وبالجملة فان شدة ظواهر  
 الهجوم تكون على حسب نسبة انتشار الطفح السابع لها وان كلامنا  
 الحمى الشديدة والاضطراب الحموي الثقيل يعقبه جدري مختلط ومع  
 ذلك فهذه النسبة ليست دائمة فانه في بعض الاحوال قد يعقب دور الهجوم  
 الثقيل طفح جدري خفيف كما أنه في أحوال أخرى قد يعقب دور الهجوم  
 الخفيف طفح جدري مختلط ويندر أن تشاهد اختلافات في مدة دور الهجوم  
 وأندر من ذلك جدا الاحوال التي فيها يفقد هذا الدور بالسكابة ويكون  
 ابتداء المرض بالطفح الجدري نفسه

و يكاد يظهر على الدوام في أثناء الثوران الثالث من الحركة الحية أول حلة  
 جدريية وبذلك يبتدئ الدور الثاني وهو دور الطفح فيشاهد في الوجه

ظهور نقط حمرة تبندى في الجبهة وحول الفم والاعين وتمتد من هذه الاصفار  
 بسرعة الى باقى اجزاء الوجه وان كان الطفح غزيراً شوهت هذه النقط  
 المحمرة قرينة مختلط ببعضها في بعض الاجزاء مثل الذككت الحصية فينشأ  
 عن اختلاطها احمرار مستو في الوجه وانتفاخ محبب فيه وان كان الطفح  
 متفرقاً كانت الحلمات بعيدة عن بعضها ومنفصلة بمجالات سليمة من الجلد  
 كثيرة الاتساع أو قليلة وفي اليوم الثانى يمتد الطفح من الوجه الى العنق  
 والصدر والظهر وفي اليوم الثالث يمتد الى الاطراف وعدد الحلمات في  
 الجزع والاطراف يكون أقل منه في الوجه بحيث ان الطفح الجدرى وان كان  
 مختلطاً في الوجه يكون متفرقاً في الجزع والاطراف أو غاية ما هنالك يكون  
 متقارباً ومن هذه النكت الدقيقة تنشأ حلمات هرمية منقطة القمة  
 تستحيل في اليوم الثانى أو الثالث الى حويصلات ثم الى بثرات في اليوم الرابع  
 والخامس بان يصير متحصلاً متعكراً قبيحاً وكان الطفح الجدرى يتأخر  
 حصوله في الاطراف كذلك نضجه يتأخر هنا أيضاً فتستحيل حلمات الوجه  
 الى حويصلات بل ان متحصلاً يبتدى في التعكر في أثناء ما تبندى الحلمات  
 الاولى الجدرية في الاطراف وتظهر - والطفح الجدرى يظهر في آن واحد  
 في الاغشية المخاطية كما يظهر على الجلد غير أنه لا يلتفت لها الا فيما بعد فانه  
 في الابتداء لا يظهر لها اعراض ثقيلة والطفح الجدرى في الفم ينشأ عنه تلعب  
 وعسر في الازدراد ان كان مجلسه الباعوم وأما الطفح الجدرى الذى مجلسه  
 المسالك الهوائية فينشأ عنه بحجة الصوت والسعال والذى مجلسه الملتحمة ينشأ  
 عنه تدمع وقرع من الضوء - ثم ان كلاماً من الحمى وألم القطن والظهر الشديد  
 جدا وباقى الاضطرابات العامة الثقيلة التى ترتقى الى اشد درجاتها نحو انتهاء  
 دور الهجوم تنحط على الدوام عند ظهور الطفح ويزداد انحطاطها شيئاً فشيئاً  
 في أثناء انتشار الطفح على الجزع والاطراف انحطاطاً تدريجياً بحيث تزول  
 بالكلية نحو انتهاء دور الطفح ولذا تكون المرضى في حالة انتعاش وتظن ان  
 ثقل المرض قد مضى - وفي أحوال الجدرى المختلط يكون سير دور الطفح  
 عادة قصيراً والطفح ينتشر بسرعة على جميع سطح الجسم ومتحصل البثرات  
 ينتج بسرعة والوجه يظهر عقب اختلاط البثرات ببعضها كأنه مغطى



بفقاعة مملئة بالقبح وكذا اصابات الاغشية المخاطية التي لا ينتج عنها  
اعراض ثقيلة في الجدرى المتفرق في هذا الدور ينتج عنها عكس ذلك في  
هذا الزمن ظواهر مرضية ثقيلة جدا كالتهلب الشديد وعسر الازدراد  
العظيم والسعال المشابه لسعال الديكي والفرع العظيم من الضوء وتعسر  
التبول المصحوب بالآلام شديدة جدا في الاعضاء التناسلية الظاهرة - والحى  
الشديدة والاضطرابات العامة الثقيلة تنحط كذلك في دور طفع الجدرى  
المختلط لكن انحطاطهما يكون قليلا فان الحى لا تزول بالكلية كما في  
الجدرى المتفرق ولا يظهر في انتهاء هذا الدور حالة انتعاش وراحة مثل ما في  
الجدرى المتفرق

وأما الدور الثالث أعنى دور التقيح أو دور النضج فانه يبتدىئ في اليوم  
السادس بعد ابتداء ظهور الطفع وفي اليوم التاسع من ظهور الاعراض  
الحية الابتدائية فالبثرات الجدرية يعظم حجمها وتكدب من الاعلى  
فتكتسب شكلا نصف كرى وعند ونزها يسيل متحصلاها المتكون من قيح  
كثيف دفعة واحدة وذلك لان الحواجز الكائنة في باطنها التي لا تسمح  
الابسيلان جزء من متحصل البثرات الجدرية عند ونزها تكون قد زالت  
والجلد في محيط البثرة الجدرية ينتفخ انتفاخا عظيما ويكتسب لونا أحمر داكنا  
مكونا لهالة مختلطة بالهالة التي يجوارها وفي الجدرى المتفرق وكل من  
الاجرار والانتفاخ يصير منتشر افتكون المرضى في حالة فرجة وتشكى  
بالآلام شديدة توترية أو نابضة في الجلد المعطى بحويصلات تهيبة ذات  
لمعان وكثيرا ما تنزق البثرات الجدرية فينسكب متحصلاها على سطح الجلد  
ثم يستحيل الى قشور مصفرة في الابتداء ثم مسهرة فيما بعد والبثرات الجدرية  
الكائنة على الجزع والاطراف لا تعترها هذه التغيرات الا بعد يوم أو يومين  
متأخرة عن البثرات التي في الوجه - وينضم لكل من الآلام والمشاق الناشئة  
عن التهاب الجلدى الشديد في دور التقيح ظواهر مرضية متعبة جدا من  
جهة الاغشية المخاطية المغطاة بالطفع الجدرى فيسيل اللعاب من الفم بدون  
انقطاع ويتعذر الازدراد وتنسد طاقتا الانف وينطفئ الصوت ويصير السعال  
متعبا للغاية ذا صوت أبح ويحصل حرقان عظيم وفرع من الضوء ولو الخفيف

في الاعين المغطاة بمادة مخاطية قهجية وكل من الآلام المحركة التورنية في  
 الاعضاء التناسلية الظاهرة وعسر البول يصل فيما بعد الى أشد درجة  
 ارتقائه فان الطفح الجدرى يمتد متأخرا الى الفرج والمهبل وقناة مجرى  
 البول بحيث ان هذه الظواهر تظهر بعد انحطاط كل من التلعب وعسر  
 الازداد وظواهر الالتهاب الخجورى - والحى التى تكون قد تلاطفت مدة  
 دور الطفح أو زالت بالكلية تثور في دور التقيح أو ترجع بنوب قشعريات  
 متكررة وحى دور التضج تسمى بالحى التابعة أو بحى التقيح والذي يظهر  
 في الحقيقة ان هذه الحى التابعة ليست ناشئة عن التهمم الجدرى بل عن  
 الالتهاب الجلدى الجدرى فكلما كان هذا الالتهاب شديدا كانت هذه  
 الحى أشد درجة فعند ارتقائه الى أشد درجته ترتقى الحى كذلك الى أشد  
 درجتها كما ان تناقص الاحمرار والانتفاخ الجلديين وزوالهما يصطحبان  
 بتناقص الحى التقيحية وزوالها أيضا - وقد تكون حى التقيح عند كثير من  
 المرضى المصابين بالجدرى شديدة الخطر وذلك لان حرارة الجسم فيها ترتقى  
 الى درجة عظمى بحيث تطرأ ظواهر الضعف والانحطاط العظيمين ويعقب  
 ذلك شلل عمومى مهلك (وهذا ما يسمى بالجدرى الضعفى أو العصبى أو  
 التيفوسى) وقد ينضم لأعراض الضعف فى مثل هذه الأحوال أعراض سوء  
 القنية الدموى الحاد كما يبيننا ذلك عند شرح الحصبة والقرمزية الضعفين  
 فيصير متحصل البثرة الجدرية دموية وياوتظهر لطح كدمية بين البثرات وبعضها  
 وينضم لذلك انزفة غزيرة من الانف أو نفث دموى أو نزيف شحمى أو رجمى وهو  
 نادر (ويسمى بالجدرى الدموى والعفن) وفى أحوال نادرة قد يرتقى التهاب  
 الجلد الجدرى فى أثناء دور التضج عند حصول ظواهر الضعف الى حالة  
 غنغرينة جزئية فى المنسوج المتهب فينشأ عن ذلك غنغرينة جلدية وتمتلى  
 البثرات الجدرية بقيح متغير اللون ومثل هؤلاء المرضى يكاد يهلك بدون  
 استثناء بأعراض الضعف الشديد الحاصل بسرعة (وهذا ما يسمى بالجدرى  
 الغنغرينى) ويقطع النظر عن ظواهر الضعف التى تؤدى اليها درجة  
 الحى الشديدة وظهور سوء القنية الدموى أو الغنغرينة الجلدية التى بها  
 يتقدم حصول الشلل والهلاك فان دور تضج الجدرى يهدد أيضا حياة



المريض بسبب المضاعفات الكثيرة التي تعقب الجدري في الأغشية المصلية وبعض الأعضاء الحشوية وبسبب ارتقاء أصابات الأغشية المخاطية إلى درجة الالتهابات الليفية والدفتيرية ففي كثير من الأحوال يدل عسر التنفس وألم الجنب والسعال المؤلم والنفث الدم والعلامات الطبيعية لتكاثر المرتين على طرقة الالتهاب الرئوي وفي أحوال أخرى قد يضم لأعراض دور نضج الجدري ظواهر الالتهاب البثوراوى المحسوسة للمريض والمدرسة للطبيب وفي أحوال أخرى قد تتغير حالة المرضى تغيرا مختلفا بظهور أعراض الالتهابات التقيحية في المفاصل أو في سماق العظام أو الخراجات تحت الجلد أو بين العضلات أو التهاب العقد الليمفاوية وتقيحها أو تقيح الأعين الذي كثيرا ما يندئ بخراج الخزانة المقدمة أو بأعراض الالتهاب الناموري أو السحائي أو التسمم القحبي الناشئ عن انتشار القبح ثم إن الجدري المختلط هو الذي في دور نضجه تكتسب الحمى صفة المضعف وتحصل فيه أصابات موضعية خطيرة في الأعضاء الباطنة فإن الطفح الجدري في الشكل المختلط من هذا المرض سيما في دور نضجه كثيرا ما يتضاعف بالتهاب حثجري ذي غشاء كاذب أو بأوذما الزمار ولذا إن الجدري المختلط يعتبر شكلا خبيثا من هذا المرض بحيث يؤدي لفظ جدري مختلط وجدري خبيث إلى معنى واحد

وأما الدور الرابع أعني ذور الجفاف فإنه يندئ في اليوم الحادي عشر أو الثاني عشر فينفجر جزء من البثور الجدريية الباقية على حالتها وينسكب مضمحلها ويجف على هيئة قشور رخوة مصفرة تصير فيما بعد صلبة مسهرة وبقيّة البثور يفقد نوتره العظيم وتكتسب في الوسط لونا مرمرا ثم تجف وتهبط ويكتسب فيما بعد كل من مضمحل البثرة الجدريية وغلافها هيئة خشكر يشة مستديرة وكما امتدت تكون القشور بهتت الأجزاء المحيطة بالبثرة الجدريية وزال اتفاخها وتعود المرضى إلى هيئتها الأصلية وتزول الآلام التوتريّة للجلد ويحل محلها كالان متعب بحيث لا يمكن المرضى الامتناع عن الاحتكاك بقوة وفي هذا الدور يتضح بالكلية أن البثور الجدريية المنتشرة على الأطراف يكون مصولها متأخرا عن التي في

الوجه فانه في هذا الزمن الذي فيه يتبدى زوال النور الجلدي المؤلم للوجه  
وتغيير هيئته أو يكون قد زال بالكلية تشتكي المرضى بالآلام شديدة غير  
مطابقة في اصابع اليدين والقدمين المنتفخة انتفاخا عظيما وسقوط  
الحشكر يشة يحصل بكيفية غير منتظمة فالمحلات التي فيها لم يحصل تقرح في  
الجلد لا تبقى الحشكر يشات فيها زيادة عن ثلاثة أيام الى أربعة وأما المحال  
التي حصل فيها تقرح عميق في الجلد فتبقى القشور متشبثة بها زمنا طويلا  
وحيث ان التقيج يمتد في العمق تسبب هذه القشور بها كة عظيمة وتصير  
قرنية وبعد سقوط القشور السر يسع تبقى محلات الجلد التي سقطت منها  
منتفخة قليلا ثم يهيمت لونها شيئا فشيئا وتنسطح ولا يبقى للجدرى أثر أو يخلفه  
انبعاثات قليلة وأما في المحلات التي بقيت فيها القشور متشبثة زمنا طويلا  
فانه يخلف سقوطها ندب التحامية عميقة ذات حواف مشرذمة وقاع منقط غير  
منتظم وهذه الندب الاتحامية تكون في الابتداء حمرة ثم تسبب فيها  
بعد لونا مبيضا واضحا يستمر طول الحياة ومع انتفاع لون الجلد وزوال انتفاخه  
تزال الظواهر المرضية التي نشأت عن الطفح الجدرى المنتشر على سطح  
الاعشية المخاطية فيزول كل من التلعب وعسر الازدراد وبحة الصوت  
والسعال والقرع من الضوء وعسر التبول

وفي ابتداء دور الجفاف تسكون الحصى مسفرة قليلا (وهي حصى الجفاف) لكن  
كلما امتد تكون القشور تناقصت الحصى وصار النبض هاديا وتغطي الجلد  
بقليل من العرق وحصل راسب في البول وعادت الحالة العامة الى حالتها  
الطبيعية - وفي أحوال الجدرى المختلط الذي يمتد في الاتساع والغور  
بحيث يحدث تمدا عظيما في الجلد يتكون في دور الجفاف قشور مدمرة سميكة  
تغطي الجلد كتغطيته بيرقع سميك وقد تنشأ أحيانا تشققات عميقة في هذه  
القشور من استمرار التقيج أسفلها فيسيل منها القيح زمنا طويلا ثم تسقط  
فيما بعد هذه القشور ولا يخلف ذلك أثر ندية مستديرة كما في الجدرى المتفرق  
بل يخلفها فقد جوهري الجلد يمتد غير منتظم وفي مثل هذه الأحوال كثيرا  
ما تكون ندب التحامية تنكمش انكماشا عظيما كما يحصل ذلك عقب  
حرق الجلد فيحدث عنه أثر ندية واشربة لحية ينشأ عنها تسود في الاعضاء



عظيم وتغير في نتيجة المرض وذلك كالشطرة الخارجية وتحول زاوية الفم ونحو ذلك من التشوهات التي بها يصير الوجه الذي كان حسن الصورة قبيحا - ويتأخر زوال كل من التلعب وبحة الصوت والسعال وباقي اضطرابات الأغشية المخاطية الناتجة عن التسمم الجدرى كما ان الاضطرابات الغذائية الثقيلة كالأعضاء المهمة يتأخر سيرها أيضا في دور نضج الطفح الجدرى المختلط فكثيرا ما يتكون في هذا الزمن خراجات عظيمة تحت الجلد وبين الاضلاع وأورام ثقلية عديدة وغير ذلك من التغيرات الموضعية ولا سيما التسمم القيصي - وتبعاً لذلك كثيراً ما تكون حمى الجفاف في الجدرى المختلط شديدة مستطيلة المدة كما يحصل في الجدرى المتفرق بل وفي الأحوال الجيدة قد يعقب هذا الشكل الثقيل نقاهة مستطيلة

وأما الجدرى فحيث ان اعراضه لا تتميز عن اعراض الجدرى الحقيقي الا باختلاف في شدة الدرجة فلا تتكلم عليه الا مع الاختصار فقول - دور الهجوم الجدرى يتميز عن دور هجوم الجدرى بقلة شدة الحمى وقصر مدته ومع ذلك فقد توجد أحوال استثنائية فيها لا يعقب دور الهجوم الثقيل المستطيل جدرى حقيقى بل جدرى ومن الواصف لدور هجوم الجدرى ظهور احمرار اير يتماوى في الجلد ينشأ عنه بقع حمراء متسعة فيه شبيهة بالطفح القرصى واضحة خصوصاً في النصف السفلى من الجسم فان هذا الاحمرار الاير يتماوى يندران يشاهد في دور هجوم الجدرى الثقيل وهذا الطفح الاير يتماوى يسبق اظهور الطفح الجدرى باثني عشرة ساعة أو أربع وعشرين وأما دور الطفح الذي يمتدئ عادة مع الثوران الثالث للحمى ففيه لا ينتشر الطفح بانتظام مثل طفح الجدرى من الوجه الى الجذع وعن الجذع الى الاطراف بل انه يغاير هذا الترتيب في الظهور قليلاً انما يكون مقارباً له والطفح ينتهى في هذا الشكل في ظرف أربع وعشرين ساعة والبقثرات الجدرية في الجدرى تكون أقل عدداً من الجدرى ويندران تختلط ببعضها وان اختلطت كان ذلك في بعض نقط فقط والحلقات الجدرية استحالتهما الى حالة الحويصلة تكون مريضة جداً وكذا الحويصلات تستحيل بسرعة الى بثرات وأما شكل الطفح الجدرى نفسه فلا يختلف عن شكل الطفح الجدرى والأغشية المخاطية

تصاب كذلك في الجديري فيحصل كل من التلعيب وعسر الازدراد وبحة الصوت والسعال ونحو ذلك كما يحصل في الجسدي - والحمى تزول بالكلية بعد انتهاء الطفح في غالب الاحوال فلا يبقى عند المريض الا اضطراب عام ناشئ عن اصابة الاغشية المخاطية - وأما دور النضج ففيه يظهر الاختلاف المهم بين الجديري والجسدي فانه في هذا الدور يتضح انضاجا عظيما ان التهاب الجلد في الشكل الخفيف من الجديري أعنى الجديري يكون سطحيا وغائرا اعتدا في جوهر الجلد في الشكل الثقيل من هذا المرض أعنى الجديري والبهثرات الجدريية وان امتلأت في دور النضج بفتح كثيف وصارت عظيمة الجسم واكتسبت شكلا نصف كروي وانفجرت وانسكبت متحصلها نحو الخارج الا أن الهالة المحيطة بها تبقى ضيقة ويقل انتفاخها ولذا ان كلاً من توتر الجلد والالام فيه والنشوء لا يرتقى الى درجة الشدة في الجديري التي يصل اليها في الجديري وبسبب قلة درجة الالتهاب الجلدي تقل شدة درجة الحمى التابعة بل في أحوال الطفح الجديري القليل تفقد الحمى بالكلية في دور النضج منه وأما الاختلاف بين الجديري والجسدي في دور النضج بالنسبة لاصابة الاغشية المخاطية فقليل فانه يوجد كل من الفرع من الضوء وعسر الازدراد وبحة الصوت بدرجة شديدة مثل ما توجد في الجديري وأما ظهور التهابات ليفية أي ذات غشاء كاذب أو دفتيرية في الاغشية المخاطية والاصابات الموضعية للجديري للأعضاء الباطنة فيعد من الاحوال الاستثنائية - وأما دور الجفاف فالعادة انه يبتدى في اليوم الخامس أو السادس بعد ظهور الطفح وقليل من البثرات ما يتفجر بل معظمها يجف مع تحصله فيتكون في مركزها بقعة مدمرة جافة يعظم اتساعها شيئا فشيئا بحيث انها تصل الى دائرة البثرة الجدريية وحينئذ تستحيل الى خشك ريشة مدمرة وأغلب الخشك يشاق يسقط في اليوم الثالث أو الرابع ويخلف سوطها اجزاء عمجرة بارزة من الجلد ومتحصل بعض البثرات قد لا يتكاثف ويجف بل قد يمتص فينفصل عقب ذلك بدلا عن الخشك ريشة قشرة رقيقة جافة وهذا يشاهد بكثرة في البثرات التي تظهر على الاطراف وكان بعض البثرات الجديرية في اقل اشكال الجديري يبقى فيها جوهر الجلد مصونا ولا يخلفها



ندب التهامية يوجد عكس ذلك بكثرة في الشكل الخفيف من الجدري  
بثرات جدريية ينشأ عنها فقد جوهري الجلد وتختلفها ندب التهامية كما في  
الجدري الحقيقي وان نظرننا لجميع ما ذكر وحصرنا الفرق بين الجدري  
والجدري بعبارة مختصرة قلنا يحصل الفرق بينهما بعدة أمور يمتاز بها  
الجدري عن الجدري الحقيقي وهي أولا قصر كل من الادوار ومدة المرض  
فيه ثانيا نقص درجة الحمى التابعة أو فقدانها بالكلية ثالثا صون جوهري  
الجلد من الفساد والتهتك والشفاء بدون ندب التهامية رابعا قلة الموت به فانه  
في الازمنة السابقة التي فيها كانت أحوال الجدري الحقيقي هي المتسلطنة  
أو تحصل بانفرادها كان يهلك نحو ثلث المرضى أو نصفهم في بعض الاودية  
الجدريية وأما في هذا العصر الاخير الذي فيه يكاد لا يصاب بهذا المرض الا  
من كان ملقحا له وفيه بالطبيعة يتسلطن وباء الجدري عن الجدري فان  
حصول الموت قليل جدا حتى يكاد لا يهلك من أصيب به أربعة أو خمسة في المائة

### المعالجة

أما المعالجة الواقية فانها تستدعي تلقيح الجدري البقري أو تكرار التلقيح  
به بدون التفات الى ما عترض به بالنسبة لعملية التلقيح وذلك من اعتبار  
التقاويم والامور الالاتية وهو أنه في القرن السابق كان يهلك عشر  
النوع الانساني بالجدري (بحيث كان يهلك في أوروبا كل سنة نحو  
أربعمائة ألف نفس) والعشر الثاني تعتر به تشوهات عظيمة وانه من  
منذ اختراع تلقيح الجدري البقري تناقص الموت على العموم ولا سيما الموت  
بالجدري فانه تناقص تناقصا عظيما - ثم انه في أثناء انتشار وباء الجدري  
كثيرا ما تصاب أشخاص بالجدري الحقيقي ولو كان لقح لها وكان التلقيح في  
حالة التزه والنضج بحيث ان كلام المرضين يسير مع الآخر بدون ان  
يؤثر على بعضهم - وهذه الاحوال تثبت ان تلقيح الجدري البقري في  
أثناء دور تفريخ الجدري الانساني ليس له قدرة على قطع سير الاصابة  
الجدريية التي تكون كامنة في دور التفريخ وان دور تفريخ الجدري لا يزال  
استعداد قبول الجدري البقري بواسطة التلقيح فلاجل تجنب تلقيح  
الأشخاص الذين يكونون في دور تفريخ الجدري الانساني ينبغي لكل طبيب

تلقح الاشخاص المنوط بمعالجتهم أو تكرار التلقيح لهم حال امتنى ظهر أول علامة تدل على ظهور الجدري في المحال المقيمة بهم ثم انه في اثناء تسلطن وباء الجدري يصاب كثير من الاشخاص بالجدري الطبيعي ولولم يقع لهم بالجدري البقري وسار كل من المرضين معا بحيث لا ينوع أحدهما الاخر وهذه الاحوال تدل على ان التلقيح بالجدري البقري في اثناء دور تفريخ الجدري الطبيعي لا يطفئ ولا يقطع الاصابة الجدريه الكامنة وان دور تفريخ الجدري الطبيعي لا يزال الاستعداد انجح التلقيح بالجدري البقري بحيث ان كلا من المعلم سكو وهلير برهن على ان قوة صيانة الجدري البقري عن الجدري الانساني لا تحصل الا بعد مضي اثني عشر يوما أو ثلاثة عشر بعد التلقيح ومع ذلك فعلى الطبيب ان لا يترك التلقيح ولا تكراره ولو رأى له ان العدوى حصلت بالجدري الطبيعي فان هذا الداء وان لم يمنع حصوله بذلك الا انه يحصل به تلطيف او تنويع في الجدري الطبيعي ثم ان الجدري الطبيعي أي الانساني الملقح به وان كان سيره عادة خفيفا وألطف من الجدري الطبيعي الذي يحصل بطريق العدوى غير أن الاستثناءات التي شوهد فيها الجدري الانساني الملقح اكتسب سيرا خبيثا مهلكا صارت الآن كثيرة العدد جدا بحيث لا يمكن التلقيح بالجدري الانساني وصار منع التلقيح به قانونا متبعيا سيما وعندنا واسطة جيدة جيدة وهو التلقيح بالجدري البقري وزيادة عن عملية التلقيح وتكراره يجب على كل طبيب الاحتراس التام والاهتمام بعزل المرضى المصابين بالجدري عن الاشخاص السليمين ولوشق ذلك على المرضى وأهلها ( ونسبه في مثل هذه الاحوال على ان الاشخاص المنوطين بخدمتهم ينبغي أن يكونوا قد أصيبوا بالجدري الحقيقي من قبل أو بتلقيح الجدري البقري الناجح جدا )

ثم ان معالجة الجدري الطبيعي لا تكون الا عرضية حيث ان الصنائة ليس لها وسائل علاجية في قطع سير هذا المرض وليس في الجواهر النوعية التي قال بها بعضهم كالاكسيول وصبغة السرازين والوردية وحمض الكربوليك ادنى ثمرة

فيوصى في دور الهجوم بتدبير صحي غذائي جيد بأن تكون قاعات المرضى



لطيفة الحرارة جدا اعني درجتها من ١٢ الى ١٤ ريومير وغطاؤها  
ليس ثقيل جدا ومثرو به ليس من المنة وعات الحرارة ككاشاي بل من  
الماء العذب أو الليمونيات اللطيفة ويوصى لهم بالحمية القاسية وعند وجود  
اعتقال يوصى باستعمال الحقن المأخوذة من ثلاثة أجزاء من الماء وجزء  
من الخل وان اضطر الطبيب لاستعمال وسائط علاجية أمر بإعطاء  
بعض الحوامض اللطيفة وينبغي له تجنب الفصد بالكلية ولو مع وجود  
احتقانات شديدة نحو الرأس وامتلاء في النبض فيمنع من استعمال  
الاستفرغات الدموية العامة بالكلية التي كانت سابقا كثيرة الاستعمال  
في الجندري الا ان يابى بل يقتصر على وضع الكمادات الباردة على الرأس  
أو غسل الجسم بالماء البارد مع التكرار حسب الصناعة وينبغي تجنب  
استعمال الكافور وغيره من الجواهر المنبهة التي كانت تستعمل  
سابقا في دور هجوم الجندري ظنا بانها تحدث تواردا دمويا نحو الجلد وتعين  
على ظهور الطفح وفي دور الطفح ينبغي الاجتهاد في تجنب ظهور الطفح  
الجندري في الماتحة وهذه الغاية يمكن الحصول عليها حصولا تاما بالوضعيات  
الباردة على المقلعة أو بواسطة تكرار وضع الرقائق المغموسة في محلول  
خفيف من السليمانى (قمحة منه على ست أواق من الماء اعني خمس  
سنتجرامات منه على مائة وخمسين جراما من الماء) ولجل تجنب التهتكات  
العميقة في الجلد وحصول ندب التجمامية مشوهة يستعمل بكثرة الوضعيات  
الباردة على الجلد والمركبات الزبقية وأكثر الوسائط استعمالا لاجل  
صيانة الوجه هو تغطيته بشمع زيبقى اعني لصقه ويجوز تركه موضوعا  
بجملة أيام بدون تغييره وذلك بعد فعل فتحات فيه موازية للفتحات الطبيعية  
فيه والمعلم اسكودا يفضل استعمال الكمادات بمحلول السليمانى  
من قمحتين الى أربعة على ست أواق من الماء اعني من واحد وسبع جرام  
الى اثنين على مائة وخمسين جراما من الماء ووجه تفضيل ذلك انه يقول  
ان المشعات الزبقية ينتج عنها ارتقاء في حرارة الجزء المغلف بها وهذا غير  
جيد واما المعلم هبرا فانه يرفض استعمال كل من المشعات الزبقية  
والكمادات بمحلول السليمانى كما انه يرفض استعمال الكلوديوم

في تغطية البثرات الجسدية وخزها وجمعها بالجحر الجهني وسبب رفضه  
 لذلك هو التجارب التي فعلها في قسم الامراض الجسدية الخاص به حيث  
 انه من منذ تركه لاستعمال الوسائط المذكورة لم يشاهد أن الجدرى يختلف  
 ندب الحمائية أكثر من الزمن الذي كان يستعمل هذه الوسائط فيه وانما  
 يستعمل الشير المذكور والوضيعات الباردة ويفضلها عن غيرها زعمانه  
 انها تحدث تلطيفا عظيما واسترخاء في توتر الجلد المؤلّم وأما دور النضج  
 فينبغي فيه ملاحظة الحى التابعة فان أعظم خطر للمريض ينشأ عن ارتقائها  
 الى درجة فائقة الحد فادامت حرارة الجسم لم ترتق الى درجة شديدة ينبغي  
 تجنب الوسائط العلاجية القوية واما ان ارتقت الى درجة عظيمة جدا  
 فاحكمثر الوسائط الموصى بها هو استعمال الكينين بمقدار عظيم جدا  
 أو بالتسيلات السوداء أى صفصافات الصودا (تنبيه) يستعمل  
 عوام مصر في هذا الدور طريقة يدهونها بالتليخ وذلك انهم يلبسون المريض  
 في دور نضج الجدرى قميصا مغموسا في محلول مركب من ملح الطعام  
 أو يدهونه بالزبد الممزوج بمقدار عظيم من الملح أيضا ولا بأس بذلك فقد  
 دلتنى التجارب الاكلينكية على جودة هذه الطريقة بحيث انى اتخذتها  
 وسيلة علاجية وذلك بان يؤخذ جزء عظيم من الملح ويحل في الماء البارد بدرجة  
 أوقية على رطل وتغمس فيه اسفنجة ثم يغسل به جسم المريض جملة مرات مع  
 وضع رفائد مبطنة من هذا المحلول على الاجزاء التى يخشى من فساد الجلد  
 وتهتك فيها عقب امتداد تقيح البثرات النضجة وذلك كالوجه فانه باستعمال  
 هذه الطريقة شوهدت سرعة جفاف الجدرى وعدم حصول عوارض خطيرة  
 كامتصاص الصديد والمقرح الممتد في الجلد وغير ذلك بل انى شاهدت  
 نفع هذه الطريقة عند استعمالها في دور الطفح اذ بذلك يمتنع تقدم عدد  
 عظيم من البثرات الجدرية ونضجها وتقيحها وأما دور الجفاف ففيه يؤمر  
 للمريض باغذية سهلة الهضم مغذية بل ويمكن ان يعطى له مقدار قليل من  
 النبيذ فان قوى المريض المنتهكة تحتاج لتدبير غذائى مقو حتى ان سرعة  
 النضج تضمنحل شيئا فشيئا باعطاء هذا التدبير الغذائى اللطيف المقوى ولا  
 نزول بشدة الحرمان أو الحمية القاسية ويحافظ على المريض في دور الجفاف  
 من الاحتكاك ونزع القشور الجسدية بقوة ولا مانع من حجزه عن ذلك



بوسائط خفيفة كحجر اليد أو تغليفها بقطوع الدوان أو كيس من الحرير وعند  
 اماتكون القشور الجدرية ثابتة مع وجود التقيح فتحترأينبغي استعمال  
 الضمادات الفاترة والظواهر المرضية الناشئة عن ظهور الطفح في الأغشية  
 المخاطية واحداثه لأعراض ثقيلة تستدعي وسائط علاجية مخصوصة  
 أما الطريقة العلاجية المفسدة لجدرى الأغشية المخاطية فلا يمكن استعمالها  
 لأجل مقاومة الطفح الجدرى للقم بل وفي مثل هذه الأحوال لا ينتج عن  
 استعمال المضامض القابضة ومس البثرات الجدرية بثرات الفضة منقعة  
 عظيمة وإن ظهر عسر عظيم في التنفس وغيره من الظواهر المرضية التي  
 تنشأ عن التهاب الخجري ذى الغشاء الكاذب ينبغي استعمال مقي من  
 سلفات النحاس وكى فوهة الزمار بحلول تترات الفضة زمنا قريبا بان يغمس  
 فيه اسفنجة مثبتة على قضيب من شنب القيطس وتصر على فوهة الزمار  
 وعند وجود أوذى الزمار ان لم تنجح طريقة التشريط ينبغي اجراء عملية  
 لقطع الخجري و التهاب الأغشية المصلية وبعض الأعضاء الحشوية التي  
 تحصل في أثناء سير الجدرى قد تستدعي الفصد العام سيما التهاب الرئوى  
 والبوروى الناشئ عنهما أوذى تفعمية جانبية في الجهة السليمة وادى ذلك  
 الحصول عسر عظيم في التنفس الا انه حيث دلت التجارب ٤ وما على ان  
 الاستفرغات الدموية العامة في الامراض التسممية لا تصممها المرضى  
 فلا ينبغي استعمال ذلك حينئذ الا عند الاضرار العظيم وزيادة على ذلك  
 يقال في معالجة كل من التهاب الرئوى والبوروى وغيرهما من  
 الاصابات الموضعية الناشئة عن الجدرى ما ذكرناه في معالجة الاشكال  
 الأولية للأمراض المذكورة وخراجات المنسوجات والتهابات العقد  
 الليمفاوية ينبغي المبادرة بفتحها

﴿ البحث الخامس ﴾

﴿ (فى الجدرى البقرى) ﴾

﴿ كيفية الظهور والاسباب ﴾

الجدرى البقرى مرض معد محض ومن المعلوم المشاهد انه فى هذا العصر  
 قد ظهرت بجملة او بجدريه مع ان معظم الاشخاص ملقح له بل وكثير

منهم من تلقح له مرة ثانية وبذلك لزمننا ان نخش بالذقة عن مدة قوة صيانة  
الجدرى البقرى اعنى قوة حفظه للانسان الملقح له به من الجدرى الحقيقى  
ومدته وهذا البحث العظيم وان لم ينته الى الآن بالكلية الا انه قد تبين  
منه مع التأكد ان مدة صيانة تلقح الجدرى البقرى من الاصابة  
بالجدرى الطبيعى أقصر مما يظن عادة فقد ثبت بالتجارب العديدة التى فعلت  
ان قوة حفظ التلقيح بالجدرى البقرى لاتصون الانسان عن الاصابة  
بالجدرى الحقيقى الا قليلا من السنين بحيث انه ولومع انتشار عملية التلقيح  
وتكراره الآن قد ثبت انه فى مدة تسلسل وباء الجدرى يوجد عدد عظيم  
من الاشخاص مستعد للاصابة بالجدرى أو الجدرى ولذا نوصى كل  
طبيب انه عند ابتداء ظهور وباء الجدرى ان يكرر التلقيح لجميع من كان  
منوطا به للاحظة صحتة سواء كان الزمن الذى مضى من بعد التلقيح الاخير  
طويلا أو قصيرا - ثم ان متحصل البثرة الجدرية البقرية هو الحامل  
الوحيد للاصل المعدى فان كلا من التصعدات الجلدية والرثوية التى تكون  
حاملة لاسم الجدرى لا تحتوى على اسم الجدرى البقرى البتة بحيث قد ثبت  
انه لم يصب أحد مطلقا بالجدرى البقرى بمجرد وجوده فى الجو المحيط بانسان  
او حيوان مصاب به والفرق بين سم الجدرى الانسانى والجدرى البقرى  
ان الاخير لا يحدث طفحا جدرىا الا فى صفر الجلد الذى تلقح فيه بخلاف سم  
الجدرى الانسانى فانه يحدث الطفح الجدرى فى اجزاء اخرى من الجلد والى  
الآن لم يثبت مع التأكد ان كانت هذه الاختلافات ناشئة عن كون سم  
الجدرى البقرى مغايرا ومخالف لاسم الجدرى الانسانى من الاصل أو ان  
هذا الاخير حصل فيه ضعف عظيم بعد انتقاله الى نوع حيوانى آخر اعنى  
فى جسم البقر وتكون فيه ثانيا بكيفية غير تامة خفيفة التأثير - ثم ان  
الاستعداد للاصابة بالجدرى البقرى منتشر انتشارا عظيما بحيث يعد من  
الاستثناءات العظيمة ان الانسان المنتقل اليه هذا السم اول مرة يبقى مصونا  
عن الاصابة بهذا المرض والتلقيح بالجدرى البقرى قد يزيل فى بعض  
الاحوال الاستعداد للاصابة به طول الحياة لکن الاغلب هى الاحوال  
التي فيها لاتستمر الاصابة الا بعض سنين والوقوف على حقيقة الاستكشاف



المهم من كون الاصابة بالجدرى البقرى كما انها تزيد الاستعداد للاصابة بهذا النوع من الجدرى تزيد ايضا الاستعداد للاصابة بالجدرى الانساني صار كثير الفائدة والمنفعة جدا من من هذا تحقيق لنا ان هذا الصون ليس في الغالب الاوقيميا وانه ينبغي تجديد تلقيح الجدرى البقرى زمنا فزمننا لاجل عدم رجوع الاستعداد للاصابة بالجدرى الانساني وتكراره

ثم انه بقطع النظر عن الاباطيل التي تضاد تلقيح الجدرى البقرى لا ينكر انه يجعل حياة الطفل احيانا في خطر وانه في احوال اخرى قد يخلفه اضطرابات مسخرة في المصحة سيما الطفحانات الجلدية وغيرها من الاصابات الختازيرية لكن من الخطاء البين جدا القول بأن الجدرى البقرى في مثل هذه الاحوال ينتج عنه بواسطة التلقيح انتقال الداء الختازيري من طفل الى آخر فانه يشاهد أن داء الختازير يبعث بعض الاطفال بعد التلقيح ولو كانت المادة الجدرية مأخوذة من ذراع طفل سليم وان الاطفال الملقح لهم تبقى سليمة ولو كان الطفل المأخوذة منه مادة الجدرى مصابا باصابة واضحة بداء الختازير فيظهر أن حصول داء الختازير بعد تلقيح الجدرى البقرى يتعلق بالتأثير المضعف الذي يحدثه اذا اصطبج باعراض حمية عمومية في جسم الطفل الملقح له وان تسلطن الطفحانات الجلدية الختازيرية زيادة عن غيرها من الاصابات الختازيرية يظهر انه يتعلق كذلك بالاصابة الموضعية للجلد عقب عملية التلقيح فان غير هذا المرض من الامراض الحمية وجميع المؤثرات المضعفة التي تصيب الطفل المستعد لداء الختازير في السنة الاولى من الحياة له تأثير محدث لداء الختازير مثل تأثير الجدرى البقرى فقد دلت التجارب على انه لا يحصل بواسطة الحرارة يقي أو الموهجات الجلدية الاخرى التي تصيب الجلد التهاب موضعي فقط في محل تأثيرها بل انها كذلك تزيد الاستعداد لظهور طفحانات جلدية في محلات اخرى من الجسم فكثير من الاطفال الذين لم يصابوا بطفحانات جلدية مطلقا يحصل لهم ذلك عقب ثقب شحمة الاذن مثلا ووضع قرط فيها كما انه يحصل عقب التلقيح بالجدرى البقرى طفحانات جلدية نشاعة اكثر تماوية في الوجه تسمر جملته أشهر - وأما الاحوال التي فيها يكون

ظهور داء الخنازير ناشئاً عن الجدري البقري وتلقيحه فقط لا عن أسباب  
 أخرى كقطامة الاطفال أو التسنين الذي يصادف حصوله غالباً بعدة زمن  
 تلقى الجدري فتسارعة للغاية واندر منها الاحوال التي فيها تلقى الجدري  
 بخاطر بحياة الطفل وهذه الاحوال الاستثنائية لا يعتبرها أدلة مضادة  
 لتلقيح الجدري البقري الاجهالة الاطباء فان نتائج التقاويم السنوية  
 الطبية اثبتت أكيداً نقص الموت من منذ اختراع تلقيح الجدري البقري  
 كما ذكرناه وأما كون كثير من الاطفال يهلك بالحصبة والقرمزية والذئبة  
 الخنجرية الغشائية والاستسقاء الدماغى من منذ ما نجما عدد عظيم من  
 الاطفال من الموت بالجدري وهلاكهم بهذه الامراض فهذا أمر سهل  
 التوجيه فان كثرة احوال الموت بتلك الامراض لا يضاد بالكلية تناقصها  
 بالجدري والاجتهاد في منع ذلك بواسطة التلقيح والاطفال الضعفاء البنية  
 ذروا استعداد الخنازير لا ينبغي التلقيح لهم في السنة الاولى الا اذا ظهر  
 وباء جدري وجبرنا على ذلك بل في السنة الثانية أو الثالثة بعد تمام التسنين  
 الاول فانه من الأكيد انه ينبغي المحافظة على مثل هؤلاء الاطفال  
 وحفظ نعوها من المثرات المضرة باكانت

### \* (الصفات التشريحية) \*

التغيرات التشريحية التي تحصل في الجلد بعد التلقيح بمادة الجدري البقري  
 تشابه بالسكاية التغيرات التي تحصل في اشكال الجدري الحقيقى ولولا الثقبلة  
 منه الا انها تكون قاصرة على محل التلقيح فقط فانه في اليوم الثالث من  
 التلقيح يتكون في محله حلبة صغيرة محمرة وفي اليوم الخامس أو السادس  
 تستحيل الى حويصلة وفي اليوم الثامن تصل هذه الحويصلة التي يوجد  
 فيها انبعاج مركزى اعنى الانبعاج السرى وتكون ذات تركيب خلأى  
 الى حجم العدسة وفي اليوم التاسع يصير تحصل الحويصلة الجدرية المحاطة  
 بهالة جراء عريضة متعكر البنية ثم قيجيا في اليوم العاشر أى تستحيل الى بثرة  
 وحينئذ يبتدىء جفافها بالتدريج بحيث ان البثرة الجدرية تستحيل الى  
 قشرة بدون ان تنفتح وتسقط القشرة نحو انتهاء الاسبوع الثالث فيخلفها



اثره منبهة مستديرة مبيضة ذات نكت في قاعدتها والانبعاث العري  
 للجدرى البقرى ينشأ تبعاً لرأى المعلم سيمون من الوخزة التي تفعل عند  
 التلقيح فانه يحصل التهاب الذي ينشأ عنها يحصل التصاق بين البشرة  
 والادمة وهذا الالتصاق يحدث الانبعاث بالكيفية الآتية وهو انه متى  
 تراكم السائل المصلي بين هاتين الطبقتين وكانت البشرة ملتصقة التصاقاً  
 متيناً بما تحته فانها لا ترتفع دون ما كان محيطاً بها فيكون الانبعاث  
 العري ويؤيد ذلك شكل هذا الانبعاث فانه يشابه بالكلية شكل الجرح  
 الذي فعل فان كان التلقيح بواسطة وخزة دقيقة كان الانبعاث العري  
 صغيراً مستديراً وان كان بواسطة شق نشأ عن ذلك انبعاث مستطيل في وسط  
 البثرة الجدرية البيضاء الشكل وأما التغيرات التي تحصل في محل  
 التلقيح عند الأشخاص الذين عندهم تناقص الاعداد لالامابة بالجدرى  
 البقرى وبالجدرى الانساني تبعاً لما بيناه فيما سبق فانها تختلف اختلافاً  
 واضحاً ومن النادر حصولها بسرعة كما انه يندر أن يكون سيرها أسرع  
 من سير الجدرى البقرى الطبيعي فقد يشاهد في بعض الاحوال حلقات  
 جدرية بقرية محاطة بمحجرة مرشحة اذ انتفاخت حامية لا يتقدم  
 نحوها أو تسحقيل الى حويصلات يجف وتصلها بسرعة وفي احوال اخرى  
 قد لا يشاهد ظهور طفح على محل الجلد المحمر المرتفع الذي لقم فيه وفي  
 غيرهما من الاحوال قد تشاهد التهابات جلدية دمالية منتشرة تنتهي بتقرح  
 سطحي ولاجل الحكم بان كانت الاشكال المختلفة المذكورة من التهاب  
 الجلدي تعتبر جدرىاً بقرىاً متنوعاً أم لا ينبغي ان يكون ولا بد لتوصلها  
 خاصة تلقيح الجدرى البقرى عند الاطفال الذين لم يلقح لهم  
 \* (الاعراض والسير) \*

ولنتكلم على شرح اعراض الجدرى البقرى الطبيعي وسيره مع غاية  
 الاختصار فنقول

يشاهد لهذا المرض ادوار وهي دور هجوم ودور تكون التغيرات التشريحية  
 للجلد التي ذكرناها فيما تقدم ودور نضج فيه التهاب الجلد يحدث تورا  
 شديداً مؤلماً بحيث يعوق حركات الذراع المريض اعني الملقح فيه

وكثيرا ما تنتفخ العقد الاليفافية الابطية انتفاخا عظيما وفي بعض الاحوال قد لا يظهر طفق جدرى بقري بل يظهر طفق ثرى أو كرتيما وفي محيط البقرة الجدرية البقرية بل وفي اجزاء أخرى من الجسم وحى الهجوم تفقد عادة في الجدرى البقرى واما دور النضج فيكون مصحوبا غالبا بحمى تابعة والتهاب الجلد في الجدرى البقرى غير التام النضج قد يحدث اكلا ناشيدا غير مطلقا واحيانا آلاما محرقة تورمية وقد ثبت بالمشاهدات الترمومية العديدة ان الحمى لا تكون بنسبة شدة الالتهاب الجلدى وامتداده فقد شوهد في احوال قلة الظواهر الالتهابية الجلدية ارتفاع درجة الحرارة الى نحو ٤٠ مئينية ومع ذلك فشدة الحرارة لا تصل الى درجة عظيمة لقلة امتداد الالتهاب الجلدى كما يحصل ذلك في الجدرى الانساني وهذه الحمى لا ينتج عنها أدنى خطر الا في احوال استثنائية عند الاطفال الضعفاء المنهوكين جدا وكذا يعمد من النوادر العظيمة انه قد يحصل في دورة نضج الجدرى البقرى التهابات جلدية منتشرة ثقيلة

\*(المعالجة)\*

ليس القصد من الكلام هنا معالجة الجدرى البقرى بل احداثه مع الانتظام فنقول الامور التي ينبغي التمسك بها عند تلقيح الجدرى البقرى هي أولا اخذ المادة الجدرية البقرية من اطفال اقوياء البنية يكون التلقيح لهم أول مرة فانتاوان لم نعتقد انتقال الديسكرازيا المرضية بواسطة التلقيح نقول انه من الخطأ المبين والمخالف للعوائد البشرية فعل تجارب في هذا الخصوص لاجل التحقيق والمادة الجدرية البقرية المأخوذة من أشخاص تكرر التلقيح لهم لا تنشأ عنها بشور جدرية بقرية طبيعية مع التأكد كدلت التجارب على ذلك مثل ما ينشأ عن المادة الجدرية البقرية المأخوذة من اطفال لقح لهم أول مرة وانما بالنسبة للداء الزهري البني قد ثبت مع التأكد امكان نقل هذا المرض بواسطة التلقيح بالمادة الجدرية البقرية ولو كان نادرا فان المادة المأخوذة من طفل مصاب بالداء الزهري لا تعدى بهذا الداء على الدوام حتى ان المعلم فينواز عضد الراى المنفى في العصر المستجد القائل بأن انتقال الداء الزهري بالتلقيح الجدرى يمكن تجنبه متى أخذت



المادة الجدرية الصافية غير المختلطة بالدم ثانياً تؤخذ هذه المادة  
 الينفاوية في اليوم السابع أو الثامن من التلقيح من بشور جدرية بقرية  
 ذات عظم وشكل طبيعيين ومحاطة بالتهاب متوسط الشدة في دائرتها فان  
 نجاح التلقيح من بشور حديثة أو قديمة أو ذات سير غير طبيعي ليس أكيدا  
 وأما اختلاط تلك المادة بالدم فلا يضعف قوتها ثالثاً ينبغي أن يكون  
 التلقيح من ذراع الى ذراع ان أمكن وان اقتضى الحال لاستعمال المادة  
 الينفاوية القديمة المحفوظة فالأفضل ما كان منها محفوظاً في انابيب شعرية  
 مسدودة سداً محكماً بعد اذابة اطرافها (وهذه تفضل عن المحفوظة بين  
 ألواح من الزجاج) وفي زمن الاضطرار الى تلك المادة بكمية عظيمة فمن  
 المهم معرفة التجربة التي فعلها المعلم ميلير وهي أن تخلط هذه المادة بجزء قليل  
 من الماء المقطر والجلسرين ثم تحفظ بالكيفية السابقة فان ذلك لا يضعف  
 تأثيرها بل ولو وصل مقدار المزج ثمانى مرات مثلاً رابعاً يكون التلقيح  
 بواسطة وخزيفعل بسن الريشة أو بسن ابرة التلقيح وينتخب من العضد  
 ما يكون مغطى ولو عند لبس أقمصه ذات اكمام قصيرة و يفعل في كل ذراع  
 نحو خمس وخزات أو شقوق صغيرة ويترك بين كل وخزة وأخرى مسافة  
 كافية بحيث ان البثرات الجدرية والهالات الالتهابية لا تختلط ببعضها  
 خامساً ينبغي فعل تلقيح الجدرى البقرى عند الاشخاص السليمين فقط  
 مالم يتسلطن وباء الجدرى الانسانى وان لم ينجم التلقيح ينبغي تكراره  
 بعد بعض أشهر وسبب عدم نجاح التلقيح اما فقد الاستعداد وقتياً او رداءة  
 المادة سادساً ينبغي تكرار التلقيح عند ظهور وباء جدرى في جميع  
 الاشخاص الذين مضى عليهم من ٥ سنين الى ١٠ بعد التلقيح سابعاً  
 ينبغي حفظ البثرات الجدرية من الضغط والاحتكاك مع الاحتراس سيما  
 في الاطفال وحفظ الاطفال الملقح لهم في أثناء حى النضج في اودهم وعند  
 اشتداد الالتهاب الجلدى في محيط البثرة الجدرية البقرية يستعمل  
 كمادات باردة من ماء الرصاص وان اختلطت البثور بالجدرية البقرية  
 بعضها وتكونت قروح مغطاة بقشور تستعمل المضادات الفاترة

﴿المبحث السادس﴾

(في الجدري المائي المعروف بجدري النعم)

\* (وبالجدري الهوائي وبالجدري الكاذب) \*

﴿كيفية الظهور والاسباب﴾

كثير من الاطباء المشتغلين بالامراض الجلدية من يقول بمماثلة الجدري الهوائي للجدري والجدري وتعتبره أخف درجة للجدري الانساني ويوجه كيفية حصول هذا المرض عند الاطفال خاصة بان تلاحظ الجدري البقري الذي قبل لهم وان لم يطفئ الاستعداد لالاصابة بالجدري الانساني بالكلية الا أنه يجعله في درجة خفية للغاية واما عند الاطفال المتقدمين في السن فنقول ان الاستعداد فيهم لالاصابة بالجدري بعد ان ينطفئ يعود ثانياً شيئاً فشيئاً بحيث انه عند تعرضهم للتسمم بالاصل الممدي للجدري يصابون بالجدري أو بالجدري ولا يصابون بالجدري الهوائي وهذا التوجيه منقوض بأمر عديدة منها ان حصول الجدري المائي عند اطفال لم يلقح لهم بالكلية ينافي مماثل سم الجدري الهوائي بسم الجدري الانساني فانه لا يعقل لاي شيء في مثل هؤلاء الاطفال الذين يكون استعدادهم لالاصابة بالجدري متسلطنا تسلطاً عظيماً يصابون بأخف اشكال الجدري وقد دلت التجارب زيادة عن ذلك على ان الجدري الهوائي ليس فيه خاصة الوقاية عن الالاصابة بالجدري البقري والجدري الانساني فائنشاء على العكس من ذلك نشاهد ان كثير من الاطفال الذين حصل لهم الجدري الهوائي يلقح لهم بمادة الجدري البقري مع غايته النجاح ثم يصابون كذلك في اثناء وباء الجدري بالجدري أو بالجدري الانساني وذلك مضاد بالكلية لما نشاهده من ان الالاصابة بالجدري أو بالجدري الحقيقي تقى وقاية تامة من اصابة أخرى عند ظهور وباء هذا المرض وبالجملة فقد شوهد احوال فيها ثبت ان الاطفال التي كانت اصبحت قبل بعض اسابيع بالجدري البقري أو بالجدري الانساني الثقيل اعترأها الجدري المائي بجميع ما ذكر يثبت كيداً ان الجدري الهوائي ليس أخف اشكال الجدري الانساني بل هو مرض قائم بنفسه وما ذكر من انه يمكن انتقال الجدري الهوائي من اشخاص على



شكل الجدرى أو الجدرى الحقيقى الى اثنى خاص أخرى والعكس بالعكس  
مبنى على خطأ فى التشخيص والتباس الجدرى بالجدرى الهوائى عليهم  
ومن الثابت على العموم ان الجدرى الهوائى معد غير أن الاثنى خاص  
الذين حصات لهم العدوى به سواء كان ملقحاً لهم أو لا يصابون به فقط دون  
غيره والجدرى الهوائى قد يظهر على شكل أو بية كثيرة الانتشار أو  
قليلتها تصاحبها نوايا الجدرى أو تسبقه تارة وتعقبه أخرى وقد تكون  
متسلطة فى اثنى متسلطن وباء الحصبة أو القرصية وليس من النادر ان  
يظهر الجدرى الهوائى ظهوراً ذاتياً أى افرادياً

### \* (الصفات التشريحية)

يبتدىء الطفح فى هذا المرض على شكل بقع صغيرة حمرة منعزلة تسقط  
بعد قليل من الساعات الى حوىصلات شفافة من حجم العدسة الى الحصبة  
بسبب الارتشاح المصلى الغزير الذى ينسكب بين البشرة والادمة ولا يظهر  
فى هذه الحوىصلات انبعاث من كرى ولا تركيب ذو هالات ومقصلها  
يتعكر بعد قليل من الزمن ويصير لبنياً الا انه لا يكتسب صبغة قهوية  
و يتكون بعد جفاف هذه الحوىصلات قشور سطحية تسقط عما قبل من  
الايام بدون أن يخلفها ندب التهامية وبحسب شكل الحوىصلات المذكورة  
يميز الجدرى المائى الى جدرى مائى كرى و يضاوى وعدسى وهرمى  
ومتجمع وكثير اما يشاهد بجوار حوىصلات الجدرى البقرى المنتشرة التى  
تسير سيراً طبيعياً حوىصلات أخرى تمتلئ بالصديد (وهذا هو الجدرى  
المائى القبحى) بحيث تكتسب هيئة البثور الجدرية الحقيقية بل وقد  
يخلفها ندب التهامية وحيث ان شكل البثور الجدرية ليس نوعياً بل يشابه  
شكل البثور الاكثماوية فلا ينبغى الالتفات بالكلية الى شكل طفح  
الجدرى المائى واختلاطه بطفح الجدرى الحقيقى والارتكان فى ذلك الى  
القول بأن هذين المرضين متشابهان

### في الاعراض والمسير

ظهور الحوىصلات الجدرية المائية قد يكون فى بعض الاحوال هو العرض  
الاولى الذى يبتدىء به هذا المرض بحيث ان الامهات ولو لفطنات

لا تشاهدن أثر دور الهجوم وتخبر بأن الطفل في اليوم السابق ليوم الطفح كان ممتعا بصحة جيدة ومن النادر أن يسبق هذا الطفح بيوم أو بعض أيام بحمى خفيفة واضطراب عام وقد في الشهية وآلام في الرأس ثم ان طفح الجدري المائي ينتشر على الجسم بدون انتظام وأكثر ما يوجد في الظهر والبطن وأما الوجه فانه يبقى مصونا بالسكينة ونمو كل حويصلة يتم بهدنة ساعات أو اثنتي عشر ساعة بحيث يتعكر محتصلها في اليوم الثاني ويحذف في اليوم الرابع وحيث ان هذا المرض لا يقتصر على الطفح الاول بل يتردد بجملة مرار بعد بعض أيام فالغالب أن يسهل هذا المرض مدة أربعة عشر يوما وأكثر بحيث يوجد بجوار الحويصلات الجافة حويصلات جديدة ويندر أن تظهر هذه الحويصلات على الغشاء المخاطي للفم والحلق وان ظهرت تستحيل بسرعة الى قروح سطحية والحالة العامة للمريض لا تكون مضطربة

### ﴿المعالجة﴾

لا نيسط القول في شرح معالجة الجدري المائي فان هذا المرض ليس له أدنى خطر ولا يصطبب بأعراض ثقيلة وينتهي في جميع الاحوال بالشفاء بعد ثمانية أيام أو أربعة عشر وانما من المهم أن يوصى بحفظ المرضى في اودها مدة اصابتها به وحفظها من التأثيرات المضرّة مع تنظيم تديرها الغذائي

### ﴿كلام كلي﴾

#### (في الامراض التيفوسية)

لفظة تيفوس كانت تستعمل في الطب القديم الابن قيراطي بمعنى الخدر وقد ترك استعمالها بهذا المعنى الآن فتطابق على نوعين من الظواهر المرضية المختلفة أحدهما الاحوال المرضية الطارئة على بعض الامراض الحادة الثقيلة التي يوجد فيها هذيان وانحطاط عام وجفاف عظيم في اللسان وخدر ونحو ذلك من الظواهر العصبية فينشئ يكون معنى لفظة تيفوس هنا مطابقا لمعنى حالة تيفوسية أو عصبية وهذا الاعتبار البتلوجي العمومي قد ترك الآن أيضا ولا غرابة في ذلك حيث لا يفهم منه الا حالة مرضية تطرأ



على بعض الامراض الحادة موضعية كانت أو عومية فانها وان تبين منها صفة  
مخصوصة لبعض الامراض الحادة المعبر عنها بالحالة التيفوسية لانها لا تدل  
من هذه الحيثية على نوع مرض مخصوص كما هو المقصود هنا فثلا اذا  
طرأت الظواهر التيفوسية السابق ذكرها على التهاب رئوي أو حصبة  
أو قمرية أو نحو ذلك قبل ان الامراض المذكورة مصحوبة بحالة  
تيفوسية أو عصبية أو ضعفية ثانيهما (وهو المعنى الحقيقي) ان يعنى بلقطة  
تيفوس نوع مخصوص من الامراض متصف بالاعراض التيفوسية  
السابق ذكرها غالباً لكن ليس على الدوام بحيث لا مانع من وجود مرض  
تيفوسي حقيقي بدون حالة تيفوسية أو عصبية كما انه لا مانع من وجود  
امراض غير تيفوسية مصحوبة بحالة تيفوسية بمعنى انها تطلق على نوع  
مخصوص من التغيرات المرضية سواء كانت مصحوبة بدرجة الاعراض  
الضعفية الدماغية أو لم تكن مصحوبة بها

والا ان لا تطلق هذه اللفظة على نوع واحد من التغيرات المرضية بل على  
انواع من الامراض التيفوسية تسمى بالامراض التيفوسية وهي  
التيفوس الطفحي والتيفوس البطني المعروف عند اطباء فرانس بالجي  
التيفوسية والتيفوس النكسي أو الراجع ويقصد بلفظة شكل تيفوسي اما تغير  
مرض واحد مختلف في ظواهره المرضية أو ان هذه الامراض متشابهة  
بالكلية بحيث لا يمكن تمييزها عن بعضها الا في الحقيقة ولو يكون ثم  
مشابهة تامة بينها الا انها لا يماثل من حيثية الاسباب والتغيرات  
التشريحية ولا من حيثية التغيرات الكيميائية التي تحصل في الدم على  
حسب معرفتنا بها بل ولا من حيثية الاعراض ولذا كان الاوفق ترك استعمال  
لفظة شكل تيفوسي واستعمال لفظة مرض تيفوسي

ثم انه اذا تأملنا رأينا انه يوجد خلاف الثلاثة انواع السابق ذكرها من  
الامراض التيفوسية وهي التيفوس الطفحي والبطني المعلومين في اوربا  
والتيفوس النكسي انواع اخرى من الامراض التيفوسية في غير اوربا من  
البلاد المشرقية كصر وغيرها منها ما هو مستقر ومنها ما انطفا من عدة سنين  
وذلك مثل التفويد الصفراوي (هو شكل من التيفوس النكسي الذي يعرف

بالنوشه بمصر والطاعون) فيثبت قد ازداد عدد الامراض التيفوسية بهذا الاعتبار وتعددت انواعها ولذا ينبغي لاجل دراستها في فصل واحد وتقويم انواعها المشابهة لبعضها (لالمماثلة) اعتبار كل من اسبابها وتغيراتها التشريحية واعراضها اعتبارا عاما

فاما اعتبار الامراض التيفوسية من حيثية اسبابها فانها على العموم امراض تسممية تنتشر اما بطريق العدوى أو بطريق الميازما وان اسبابها عموما نوعية اعني انها لا تنشأ عن الاسباب المضررة السمومية جوية كانت او ارضية والذي يؤيد ذلك هو انتشارها انتشارا جغرافيا بمعنى انها تكون مرتبطة باسباب اقليمية او جوية مخصوصة اى نوعية ولان ظهورها يحصل فيه ازدياد تارة وتنقص تارة اخرى بدون ان يكون ذلك مصحوبا بادنى تغير في المؤثرات المضررة العامة فظهورها حينئذ يكون متعلقا باصول معدية ميازمانية ليست على الحالة الغازية على الدوام فتؤثر بواسطة الهواء فقط فانه من الثابت بامور عديدة كما سيأتى ذلك عند الكلام على اسباب التيفوس البطنى ان هذه الجواهر المضررة يمكن ان تحمل احيانا بالمواد الغذائية والمياه وفي مثل هذه الحالة الاخيرة يكون وجود الاصول المضررة المنتجة للامراض التيفوسية مرتبطا بحالة فساد وتعفن في الأطعمة والمشروبات ومن ذلك يتضح كما يتضح من اسباب اخرى ان ظهور المواد السممية المذكورة وانتشارها في الجو متعلق ايضا بحالة تعفن وفساد فيه

والى الآن لم يعلم ان كانت هذه الجواهر السممة المتحصلة من التعفن هي المحدثه لاشكال مخصوصة من الامراض التيفوسية أو انه بتأثير التعفن تنشأ جواهر اخرى غير معلومة لذا ينتج عن الانواع المختلفة من هذه الامراض وانما نذكر فقط ان منشأ الجيانات المتقطعة والحمى الصفراء والهيضة يتعلق ايضا باحوال تعفن وفساد ومع ذلك لا يمكن ان يتصور احد أن تلك الامراض المذكورة اخيرا مجرد تنوعات ناشئة عن التسمم العفن - ثم انه يتضح من مماثلة تأثير عدوى التيفوس والجواهر الميازمانية ان كلا منهما من طبيعة واحدة وجميع الامراض التيفوسية معدية غير ان درجة عدواها تختلف واشدها درجة في العدوى التيفوس



الطفحى وزيادة على ذلك فقد تختلف شدة عدواها فى الانواع والاحوال المختلفة بل وفى الاوىة المختلفة أيضا يدون ان يعلم سبب ذلك وأما الاسباب المعينة على انتشار عدوى هذه الامراض فانها معلومة لنا وذلك كالتجمع العظيم من الاشخاص والقاذورات والهواء المخبس غير المتجدد والحرارة الرطبة ونحوها وسيأتى بيان ذلك مفصلا عند شرح ~~هـ~~ كل مرض تيفوسى على حدته

ثم ان النظريات القائلة بتأثير الجواهر المسمة المحدثثة للامراض التيفوسية على الدوام فى الدم مقبولة للغاية لكن ليست هى الوحيدة فانه يجوز أن يكون تأثيرها الابتدائى فى الاغشية المخاطية كالغشاء المخاطى الفمى والمعوى والشعبى ومن هنا يمتد تأثيرها المسم الى الدم والسائل الليمفاوى بل وفى الطاعون يظهر انه من الجائز ان يكون تأثير السم المعدى موضعيا ويبقى تأثيره موضعيا أيضا قاصرا على بعض الغدد والاعوية الليمفاوية بدون ان يحصل تسهم طاعونى منتشر ( كالعبر عنه بالخيرجلات الطاعونية الجيدة غير المصحوبة بمرض عمومى ) ومثل ذلك ( ولو كان هذا صعب التعقل والادراك ) فى التيفوس البطنى فانه قد يصاب بعض من غدد يبير ومن الغدد المسارية به اصابة تيفوسية بدون ان يصطبغ ذلك باضطراب عام أو يصطبغ بدرجة خفيفة جدا تنسب لهذا التغير الموضعى ( ومثل هذه الاحوال هى المعبر عنها بالتيفوس السكامن ) وحينئذ يسوغ القول فى مثل هذه الاحوال بان التسهم التيفوسى لم يسبق فى المرض الموضعى للغدد المعوية وذلك لعدم وجود اعراض عامة ثقيلة بل ان المرض ابتداء هنا ابتداء موضعيا اعنى بالاصابة المعوية وبقى قاصرا عليها زمنا طويلا ومثل هذا اعنى حصول الامراض التيفوسية بتسهم عام أو موضعى يشابه حصول ذلك فى الجدري مثلا

ومهما كان التأثير الابتدائى للاسباب المحدثثة للامراض التيفوسية لابد وأن ينشأ عن التسهم التيفوسى اضطرابات فى عموم التغذية وتغيرات طبيعية وكما وية فى الدم وفى الافرازات واضطرابات فى الوظائف العصبية وتغيرات تشرىحية موضعية مدركة وهذه الاخيرة هى المعروفة لنا

وهذه التغيرات ينبغي في دراستها تقسيمها الى تغيرات ابتدائية نوعية  
 أى خاصة بالامراض التيفوسية وتغيرات تابعة لها أو لبعض التغيرات  
 الموضعية التي تحصل منها ومثال هذه التغيرات التابعة الاخيرة  
 الاحتقانات الانحدارية الرئوية والخراجات والالتهابات النكفية ونحو  
 ذلك فان تأملنا لكل مرض تيفوسى على حدة اتضح لنا ان  
 التغيرات الموضعية الخاصة بالامراض التيفوسية اعنى تغيراتها  
 الابتدائية غير قارة ولا محدودة فانها قد تفقد في بعض الاحوال ألا ترى  
 أن كثيرا من المرضى المصابين بالتيفوس قديمك وعند البحث في الجثة  
 لا ترى تغيرات موضعية مهمة فالموت هنا يكون قد حصل امام شدة  
 تسهم الدم أو من ارتفاع درجة الحمى المتعلقة به أو من اضطراب غير مدرك  
 في الوظائف العصبية أو التغذية لكن في معظم الاحوال قد توجد التغيرات  
 الموضعية الابتدائية المذكورة لاسيما في الجلد والغشاء المخاطي والشعبي  
 والمعوى والطحال والاجربة المعوية والعقد الليمفاوية وغدد يبير والغدد  
 المتفرقة المعوية وحويصلات مايجي وهذه التغيرات تنشأ اما عن مجرد  
 احتقانات في الاعضاء المذكورة أو عن تغيرات التهابية نوعية مصحوبة  
 بنضح أو عن نمو مرضى في الياف جوهرها وهذه التغيرات الموضعية  
 المصيبة للاعضاء المرتبطة بتكوين الدم والتغذية العامة ارتباطا قويا اعنى  
 للطحال والمجموع الليمفاوى تعدوا صفة لاغلب الامراض التيفوسية  
 بالنسبة للتغيرات التشريحية الخاصة بها وأقل ما تتضح فيه هذه التغيرات  
 الموضعية التيفوس الطفحى فانها تكون قليلة في هذا النوع  
 من الامراض التيفوسية ويكثر اتضاها في التيفوس البطنى وفي  
 التيفوس النكسى والتيفويد الصفراوى والطاعون والاختلاف  
 الواقع في هذه التغيرات الموضعية الابتدائية ينبغي ان يبنى عليه التمييز  
 التشرىحى بين كل نوع من الامراض التيفوسية على حدة فانه قد  
 ثبت بالمشاهدة ان بعضها يتسلطن في أحد أنواع الامراض التيفوسية  
 دون البعض الآخر منها



فاعتبار التغيرات الموضعية الابتدائية حينئذ هو الذي ينبغي عليه تمييز  
 الأنواع الأصلية من الأمراض التيفوسية ولا ينبغي الوقوع في الخطأ  
 مثل ما وقع من بعض الأطباء بتكثير أنواع الأشكال التيفوسية وتعدادها  
 باعتبار تغيرات تشريحية غير ابتدائية وتقسيم التيفوس إلى حنجري  
 بلعوي ورثوي ونحو ذلك فإن هذا مبني على خطأ في التمييز بين هذه التغيرات  
 التشريحية الموضعية الابتدائية والتابعة فإن إصابات غدد يير المعوية في  
 التيفوس البطني والعقد الليمفاوية الدائرية في الطاعون ابتدائية أصلية  
 وبها يتعلق سير كل من هذين المرضين وأما القرحة الحنجرية التيفوسية  
 فإنها تشاهد في أثناء سير التيفوس الطفحي والتيفوس البطني كما أن  
 التهاب النزلي للحلق والتهاب الأغشاء الكاذب يمكن أن يشاهد في أثناء  
 سير التيفوس الطفحي والبطني والصفراوي الخ وقد وقع بعض الأطباء  
 في خطأ غير السابق وذلك لعدم اعتبارهم بالكيفية للتغيرات الموضعية  
 الابتدائية في الأمراض التيفوسية وقولهم بأن إصابات غدد يير مثلاً في  
 التيفوس البطني تعتبر مضاعفة لهذا المرض وتغيراً تابعياً له مثل التهاب  
 الرثوي والتهاب النكفي والغنغرينة الموضعية والازرققة المعوية وغير ذلك  
 فإن هذا الاعتبار ينبغي عليه عدم ملاحظة التغيرات الموضعية الابتدائية  
 وجعلها أموراً غير ملازمة للأمراض التيفوسية مع أنها مرتبطة ارتباطاً  
 كلياً بالإصابة التيفوسية وليست مثل المضاعفات المذكورة أخيراً  
 وفي الحقيقة عدم ملاحظة هذا الأمر ينبغي عليه اختلاط جميع أنواع  
 الأمراض التيفوسية وعدم تمييزها عن بعضها

ثم إنه ينبغي على اعتبار التغيرات التشريحية الابتدائية في الأمراض  
 التيفوسية تسميتها إلى أمراض تيفوسية خفيفة أعني فيها الإصابات  
 الابتدائية الموضعية إما أن تفقد الكلية أو تكون خفيفة للغاية أي عبارة  
 عن التهابات نزلية في الأغشاء المخاطية للفم والأنف والشعب أو احتقان  
 في الطحال ونحو ذلك وتسمى بالأنواع البسيطة للتيفوس وبذلك تمتاز عن  
 أنواعه الثقيلة التي فيها تكون هذه التغيرات الموضعية كثيرة الموضوح  
 جداً ويعد من الأولى

أولا التيفوس الطففي الذي يتصف بمضاعفات باطنية غير قارة وهي عبارة عن إصابات نزلية مع بعض انتفاخ في الطحال  
ثانيا التيفوس النسكبي الذي يصطبب بإصابات موضعية وإن كانت غير قارة أيضا إلا أنها تصيب على الخصوص الطحال  
ومن النوع الثاني من الأمراض التيفوسية بعد

أولا التيفوس البطني الذي يتصف بتسلطن إصابة غدد بيلر والغدد المسارية

ثانيا التيفويد الصفراوي الذي يتصف بإصابات موضعية متعددة مع تسلطن إصابة الطحال لأسباب جسمية ملابجية

ثالثا الطاعون الذي يتصف بإصابة الغدد الليمفاوية الدائرية مع الغدد الليمفاوية البطنية

وسياتي الحكم على هذا التقسيم المؤسس على التغيرات التشريحية الموضعية للأمراض التيفوسية مع اعتبار أسبابها وأعراضها وانما ننبه هنا على أنه من الجيد في الطب العمل اتباع هذا التقسيم

وأما الأعراض الخاصة بالأمراض التيفوسية وأوصافها العامة فهي أن جميع الأمراض التيفوسية تتصف بتغيرات غير مذكورة وغير معلومة في المراكز العصبية والأعصاب أعني باضطراب في وظائفها وهذه التغيرات الوظيفية في المجموع الدماغية إما أن تكون عبارة عن انحطاط وضعف في المجموع العضلي ليس بنسبة درجة الحمى أو أنها تكون عبارة عن دوار وخدر أو كوما أو هذيان أو غيرها من الاضطرابات العصبية التي تتصف بظواهر تهيج أو خمول في الأعصاب المحركة أو الحساسة أو في الوظائف العقلية وهذه الاضطرابات العصبية الابتدائية تكون طبيعية في الأمراض التيفوسية تسمية كتأثير التسمم المخدر حقيقية أو التسمم العفن ويمكن أن ترتقي في بعض الأحوال إلى درجة شديدة جدا من الابتداء بحيث أنه يعقب من أول يوم بعد ألم الرأس الشديد والدوار انحطاط عظيم وضعف عضلي وخدر تام أو هذيان شديد جدا وشلل جزئي ثم يهلك المريض في ظرف



أربع وعشر بن ساعة أو ثلاثة أيام قبل ان يتضح ويتكون أدنى تغير موضعي ( كما يشاهد ذلك في التيفوس الصاعقي والطاعون الصاعقي أيضا ) وكما اننا قد قسمنا الاصابات الموضعية الى اصابات ابتدائية خاصة بالامراض التيفوسية والى اصابات تابعة لها فكذلك نقسم الاضطرابات العصبية أيضا الى ابتدائية خاصة بالامراض التيفوسية ( اعني بالتسمم التيفوسي ) والى اضطرابات عصبية تابعة خاصة بالحالة التيفوسية وتنشأ اما عن تغيرات ثانوية في الدم ( كالتسمم البولي الحاد والتسمم الصددي ) أو عن اضطرابات ميكانيكية في الدورة الدماغية أو عن اصابات مادية موضعية ثقيلة في جوهر الدماغ نفسه اى تغيرات تشرىحية مدركة وهذا نادر وهذه الاضطرابات العصبية ابتدائية كانت أو تابعة يمكن ان تكون مصاحبة لبعضها بحيث لا يمكن تمييزها عن بعضها في مجموع اعراض الحالة التيفوسية العصبية الثقيلة ومهما كانت شدة الاضطرابات الوظيفية الدماغية والعصبية التيفوسية واختلفت شدتها من أخف درجة من الحالة التيفوسية العصبية الى أشد درجاتها فزوالها يحصل على الدوام بعد حصول أول نوم صحي عميق وينبغي على ذلك أمر مهم في الطب العملي لا يوجد مع غاية الوضوح في غير هذه الامراض وهو أن درجة تعاقب اصابة المراكز العصبية في الامراض التيفوسية تتضح مما يأتى وهو انه مهما شتدت درجة الاضطرابات الوظيفية العصبية في اثناء سير الامراض المذكورة لا يختلف غالبا تغيرات تابعة مستمرة كشلل الحركة أو الاحساس أو اضطرابات عقلية فانه قد يظن ان تغذية المراكز العصبية في الاحوال الثقيلة من الامراض التيفوسية تضطرب اضطرابا عظيما جدا بحيث يستمر هذا الاضطراب في بعض اجزائها فيؤدي ذلك لتغير مستمر في بعض وظائفها ووجود الاضطرابات العصبية الدماغية في جميع الامراض التيفوسية لا يسمع يجعل شكل مخصوص منها وتسميته بالتيفوس الدماغى فان الذى كان يسمى سابقا بهذه التسمية هي أحوال من التيفوس البطنى أو التيفوس الطفحى أو غيرهما من الانواع التيفوسية المتسلطنة فيه

الاعراض الدماغية وأكثر ذلك خطأ ما ذكره بعض الأطباء من كون الشكل الدماغى المذكور ينسب الى المرض السحائى الشوكى الذى يتسلطن احيانا تسلطنا وبائيا فان هذا المرض لا يعبد بالكلية من الامراض التيفوسية تبعاً للعلاقات الجارية عليها الا ان كاذ كرفى مجعته

والامراض التيفوسية تتصف أيضا من حيثية اعراضها بسيرها الدورى فان لها سيرا دوريا يشابه بالكلية السير الدورى للامراض الحية الطفحية فانه فى احوال الامراض التيفوسية المنتظمة أى ذات السير التام المنتظم يبتدىء المرض بدورا ابتدائى يرتقى ارتقاء منتظما حتى يصل الى حد ارتقائه ثم يبتدىء دور الانحطاط الذى يكون مر بعا منتظما فى الاحوال الخفيفة وبطبيئا جدا فى الاحوال الثقيلة أو مكدرا باصابات تابعة مختلفة والسير الدورى لهذه الامراض يعرف خصوصا من حالة الحى التى تكون فيها الاصابات الابتدائية موازية لها فى السير سواء فى الصعود أو الانحطاط ما لم يتكدر سيرها بمضاعفات تابعة كالاصابات الليفية اعنى التهابات اذوات الغشية الكاذبة والاصابات التعممية الصديدية والغنغرينية والاحتقانات الانحدارية والتقرحات والالتهابات الممتدة فى الاعضاء والأنسجة المختلفة فان جميع ذلك يكدر السير الدورى لهذه الامراض وينوعها تنوعا عظيما ( وهذا ما يسمى بالسير غير الطبيعى والمضاعف للامراض التيفوسية )

ويوجد فى جميع الامراض التيفوسية استعداد عظيم لاصابة الجلد اصابة طفحية على شكل طفح نسكى وردى فانه يظهر فى جميع هذه الامراض الطفح المذكور وان فقد احيانا منها كفى الطاعون وحيث ان هذا الطفح يظهر فى جميع الامراض المذكورة فن الجائز ان يظن انه لافائدة فى جعل نوع مخصوص من الامراض التيفوسية ونسبته لذلك وتمييزه بالتيفوس الطفحى ومع ذلك فهذا امر ضرورى فانه لا يعى بالتيفوس الطفحى بقطع النظر عن اسبابه النوعية كل مرض تيفوسى مصحوب بطفح غزير بل يعنى بذلك نوع مخصوص من الامراض التيفوسية اعنى تيفوسا بسيطا مصحوبا بطفح وردى غزير وان الطفح



المذكور في هذا النوع يكون بنسبة سير المرض ومسارته ومرتبطة به  
ارتباطاً قوياً في تقدمه وانحطاطه بحيث ان هذا المرض يلتبس بصفة  
الحيات الطفعية ثم ان الاستعداد لاصابة الجلد بالطفح الوردى ولوانه  
واصف لجميع الامراض التيفوسية لا يوجد فيها على حدتها فقط لكن  
لا ينبغي على ذلك جعل جميع الامراض الحادة بل والتسممية الحادة التي  
يظهر فيها هذا الطفح الوردى زماناً من جملة الامراض التيفوسية  
فانه يقطع النظر عن الهيمية التي قد يكتسب فيها الطفح الشكل الوردى  
يشاهد في كثير من احوال الحمى الصفراء وفي بعض احوال البرقان الخطر  
الذاتي بل وفي بعض احوال الدرن الدخني الحاد

ولنتكلم الآن بعد اعتبار الامور السابقة على مسألة جعل الامراض  
التيفوسية اشكالا مختلفة من مرض واحد كما كان يظن سابقاً وانها  
امراض متنوعة مختلفة غير مماثلة لبعضها اعني هل هذه الامراض  
تنوعات لغير مرضي واحد وانها من الابداء تغيرات مرضية مختلفة بالنسبة  
للتغيرات التشريحية والاعراض والسير فنقول ان الامراض التيفوسية  
بلا شك مختلفة من ابداء منشأها فان المرض التيفوسي المتصف  
بتغير مخصوص في الغشاء المخاطي للمعاء اللغائي مثلاً يختلف ولا بد اختلافاً  
تشريحيًا عن مرض تيفوسي لا يوجد فيه هذا التغير وان الاختلاف يحصل  
من حيوية الاعراض تبعاً لذلك ولو بالنسبة للتغير المرضي المعوي المخصوص  
وهذا امر بديهي لا نقض فيه ولا ابرام فمسألة اختلاف الامراض التيفوسية  
او تماثلها متعلقة حينئذ بالاسباب خاصة ومعنى ذلك انه هل يوجد لكل  
مرض تيفوسي سبب نوعي خاص به اعني اصلاً معدياً خصوصياً أي مادة  
مهية نوعية خاصة بكل نوع منها على حدته ينتج عنها بتأثيرها مرض  
تيفوسي واحد كالتيفوس البطني او الطفحي دون غيره من الامراض  
التيفوسية او انه لا يوجد الاصل معد تيفوسي واحد عمومي بتأثيره ينشأ  
عنه تارة شكل من الامراض التيفوسية وتارة شكل آخر منها على حسب  
تنوع المؤثرات الظاهرية التي تسكون من سلطنة وقت تأثير هذا الاصل  
المعدى أي السم التيفوسي العمومي

والذى نراه ان القول الاول هو القريب للعقل بل المثبت بالتجارب ومما  
يؤيد ذلك اعنى القول بتعداد الاسباب النوعية ما يشاهد في عدوى  
الامراض التيفوسية اذ بذلك يتضح ما ذكرناه اتضاها عظيمها فان القول  
بوجود أصل معد تيفوسى واحد يترتب عليه ولا بد الاعتراف بأن المريض  
المصاب بالتيفوس البطنى مثلا قد يعدى تارة بهذا الداء وتارة بالطفحى  
واخرى بالتيفويد الصفراوى اعنى الحمى التيفوسية الصفراوية وهلم جرا  
وهذا يخالف بالكافة للتجارب المعلومة فان المعروف ان التيفوس البطنى اذا  
كان مكنسبا للصفة المعدية ينشأ عنه تيفوس بطنى ليس الا وان كان  
الطفحى متسلطنا تسلطنا وبائى فى أى جهة وانتقل المريض به الى جهة  
غيرها لا بد وان يعدى بهذا الداء اعنى الطفحى لا خلافة

ومما ينافى كون المؤثرات الظاهرية الوقتية المعبر عنها بالبنية المرضية  
الوطنية هي التى تصير التيفوس تارة بطنيا وتارة طفحيا ما ذكره على وجه  
الحق المعلوم يتبين من ان كلا هذين النوعين يوجد متسلطنا فى لندرة فى آن  
واحد ولو كانت البنية المرضية الوطنية المتسلطنة واحدة وان كان أحد  
النوعين المتقدمين احيانا اكثر تسلطنا فلا بد وان كلا منهما يشاهد على  
الدوام بحالة وضوحه بدون تنوع فيه وان قدم جملة من المرضى المصابين  
بالتيفوس من مكان واحد فلا بد وان يكونوا مصابين بشكل واحد من هذا  
الداء بدون استثناء وعند تسلطن وباء التيفوس البطنى تسلطنا عظيمها اذا  
دخل مريض فى المارستان مكانا فيه التيفوس الطفحى فلا بد وان هذا  
المريض كما انه يعدى غيره كذلك هو يصاب بالتيفوس الطفحى ليس  
الا ولومع وجود بنية مرضية متسلطنة واحدة فلا يسوغ القول بأن احوال  
الشخص البنية والمؤثرات المرضية الظاهرية هي التى تكسب هذا  
المرض تارة الشكل الطفحى وتارة الشكل البطنى أو غير ذلك عند تأثير  
المؤثرات المرضية العامة فانه قد يشاهد فى المحلات المتسلطن فيها التيفوس  
البطنى منذ سنين ظهور التيفوس الطفحى عند العدوى من مصاب  
بهذا الداء كما حصل ذلك فى مصر فان الشكل التيفوسى المتسلطن فيها على  
الدوام هو النكس أو أحد أشكاله المستمر وهو التيفويد الصفراوى



وعند تسلطن التيفوس الطفحي سنة ١٢٨٠ كاد أن ينطفيئ  
 النعكسي بالكلية هذا وان نظرنا الى الاختلاف بين الامراض  
 التيفوسية وبعضها من تاريخ منشئها وانتشارها الجغرافي اتضح لنا بعض  
 حقايق وان كانت قابلة لبعض توجيهات الا انها تؤدي باختلاف نوعية أسباب  
 هذه الامراض فان الطاعون كان منتشر في العصر المتوسط في جميع أوروبا  
 انتشارا عظيما ثم تناقص في القرن السادس عشر وظهر في السابع عشر  
 والتامن عشر قاصرا على بعض المحال ثم انطفئ من أوروبا بالكلية ولا يمكن  
 نسبة ذلك الى الاحتراس من مريان الاصل المعدى للطاعون فقط بل كذلك  
 الى احوال أوروبا الظاهرية الصحية وغيرها التي تنوعت في هذا العصر  
 الاخير تنوعا عظيما فهل هذا التنوع هو الذي يمرض الشخص عند تأثير  
 هذه الاصول الميازمية بمرض غير الذي كان يمرضه سابقا أو انه وهو الحق  
 كان يتكون في أوروبا في ذلك الزمن (الذي كانت فيه ارضها قابلة للزراعة  
 وبقاعها كثيرة الاجام والتدفن والقاذورات وتراكم الاهالي في مدن ضيقة غير  
 متجددة الهواء وكان التدفن الرمي بقرب المساكن كثيرا جدا) اصول معدية  
 ميازمية اخرى خلاف الموجودة الآن بجميع ما يشاهد وقتئذ يؤيد الرأي  
 الاخير فانه ان قدم مريض باور بامصاب بالطاعون ودخل في احدى  
 اللزير يمتأ أي اما كن الكرتين فلا تتغير بذلك احوال من يباشر خدمته  
 الصحية وليس من النادر اصابته بالطاعون مع ان هذا الداء لم يشاهد في تلك  
 الايام كن منذ ثلاثين سنة وأكثر مما تغيرت البنية المرضية الوطنية فيها  
 فيمنئذ لا بد وان يكون المرض هو الذي جلب معه السم الطاعوني الذي  
 لا يتكون تكونا ذاتيا مطلقا

وعين ما ذكرناه في أوروبا كان موجودا في الاقطار المصرية التي  
 كانت تعذب بوبعائها لهذا المرض لكن بالالتفات الى الاسباب التي  
 بها انطفأت جرة هذا الداء الدفين نجدت ناره من نحو أربعين سنة  
 وذلك باتباع الاصول الصحية العامة وازدياد العمارات والاكتثار  
 من الزراعة بانواعها النافعة وازالة الاجام والبرك العفنة والاوخام  
 وضبط فيضان النيل وتنظيمه بواسطة الاشغال العمومية على

وجه حسن ومنع دفن الموتى وسط المدن والقرى وإزالة ما كان بهما من المقابر  
وانقضت الاجداث بالبعد عن السكن فكاد أن يكون هذا الداء مرضا  
تاريخيا والفضل في ذلك للعائلة المحمدية العلوية الخديوية

ثم انه في أثناء انطفاء الطاهون من اوروبازداد ظهور التيفوس الطفحي  
فيها والآن وجوده قاصر على بعض المحال بحيث لا يوجد ~~ممكن~~ والتنوع  
الاعتيادي من الامراض التيفوسية الا في بعض أجزاء اوربا غير  
المنتظمة في المدن والعمارة كسواحلها الغربية وبلاد اليبه ولم نشاهده  
في مصر الا على حالة وبائية كما تقدم

فبالأمل بالدقة والبحث الجيد في ما ذكرناه يتضح ان الامراض التيفوسية  
أنواع مختلفة متنوعة الاسباب فيقال في انفراد اسبابها يمكن رفضه  
واثبات تنوع الجوهر المسمى المحدث لها وبالنسبة لذلك تنقسم تلك الامراض  
الى أنواع أربعة رئيسية وهي

اولا التيفوس الطفحي المعروف بالنمشي = ثانيا التيفوس البطني المعروف  
بالحمى التيفويدية عند اطباء فرانس = ثالثا التيفوس النكسي المعروف  
بالحمى الراجعة وفي مصر بالنوشة ولها مشابهة تامة بالامراض الاجامية =  
رابعا الطاعون

ثم انه يوجد خلاف ما ذكرنا من امراض تيفوسية خفيفة جدا تعتبر اشكالا  
خفيفة من الانواع الاربعة التي ذكرت آنفا وسيأتي شرح ذلك عند كل  
مرض تيفوسي على حدته لانه لا توضح ههنا اشكال كل مرض خفيفة كانت  
أو ثقيلة وانما تنبه على انه لا ينبغي اعتبار الاشكال الخفيفة تنوعات اخرى  
من الامراض التيفوسية

وقد استحسننا وضع هذا الكلام الكلي على الامراض التيفوسية وان  
لم يتعرض له المؤلف نimir لا يصح ما تقدم مع اضافة شرح الطاعون ولوانه  
الآن مرض تاريخي لما في ذلك من تميم الفوائد والنفع العام بالنسبة لبلادنا  
المشرقية

\*(المبحث السابع)\*

في التيفوس الطفحي

﴿ كيفية الظهور والاسباب ﴾

التيفوس الطفحي من جهة يقرب جدا من الامراض التسممية الطفحية



كالحصبة والقرصية والجدرى بالنسبة لشدة عدواه والطفح المنتشر على الجلد ومن جهة أخرى يقرب جدا من التيفوس البطني لتشابه أعراضه له مشابهة تامة حتى زعم بعض المؤلفين المشهورين أنه شكل منه ثم إن عدوى التيفوس الطفحي لا ينكرها إلا الأطباء الذين لم يشاهدوه إلا على شكل وباء منتشر جدا فإنه حينئذ إذا انتشر وعم مدينة أو ولاية إنهم الأمر فلا يعلم أن كان المرض انتقل من شخص إلى آخر أو أصيب كلاهما عند تعرضه لسبب عامي وينعكس ذلك إذا ظهر في محل قليل الامتداد يمكن ملاحظته وكان مصونا عن هذا المرض حين ظهوره فيه ففي هذه الحالة يسهل الحكم بأن كان هذا المرض معديا أولا وجميع الأطباء الذين لاحظوا ذلك يقولون إن عدوى هذا الداء لا تسكاد تكون أكثر وضوحا في غير هذا المرض من الأمراض المعدية الأخرى ثم إن الأصل المعدى لهذا الداء يوجد في الهواء الجوي المحيط بالمرضى ويتشبع في ملابسها وفرشها وغير ذلك ولذا كانت معالجة المصابين بالتيفوس الطفحي وتخدمتهم أشد خطرا من المصابين بالهيبضة أو التيفوس البطني بل إن هذا المرض قد يسرى إلى أشخاص متوسطي الصيانة عن الإصابة به كما يشاهد ذلك في الحصبة وكما كانت المرضى أكثر تراكما كان تكون السم المعدى أكثر شدة فاذا كان محل ذواتنا معالجا بمرضى متراكمة فيه كان تكون الأصل المعدى فيه وانتشاره أكثر مما إذا كان فيه قليل من المرضى أو مرض واحد بالاولى

والى الآن لم يمكن قطع الحكم في كون التيفوس الطفحي ينتشر فقط بمجرد العدوى التي لا شك فيها أو أنه ينتشر انتشارا ميازما تيا مع الهواء ومهظم المؤلفين يقول بانتشاره بكليهما فإن القول بتخصيص كل مرض بانتشاره أما بالاول أو الثاني ليس مثبتا حتى إن المؤلفين المعضدين لهذا الأخير نجد أقوالهم في ذلك غير قارة فإنه إن اعترفنا بأن جرثومة الأصل المعدى للهيبضة الآسية قد نشأت ابتداء في بلاد الهند على الارز المتغير وانتقلت من هناك بالأشخاص المصابين بهذا المرض بواسطة المواد البرازية الخارجة منهم ساغ القول بما يقرب من العقل جدا بأن جرثومة الأمراض المعدية الوطنية

في بلادنا تتكون خارج الجسم متى وجدت الشروط اللازمة لتكونها ثم تنتقل  
 بواسطة المصابين وتنتشر واما القول بمنشأ الامراض التسممية منشأ ذاتيا  
 بمعنى ان سببها نتيجة اسباب مضره باجماعها يتكون عنها الاصل المعدي  
 فرفض البتة فان من قال بذلك اعترف بوجود التولد الذاتي وهذا أيضا  
 مرفوض رأسا واما القول بانه يوجد خلاف الامراض الميازمانية المحضة  
 أعني التي جرثومتها تتولد خارج الجسم ولا تتولد وتكاثر في داخله امراض  
 أخرى ميازمانية معدية أعني ان جرثومتها تتكون خارج جسم المصاب وداخله  
 بمعنى انها تتولد وتنمو في المواد الفضلية المنقذة منها فسلم وهناك عدة أمور  
 ترجح هذا القول (الذي لم يعلم له نفي قوي) ومطابقة له أكثر من مطابقة للنافي  
 للامراض الميازمانية المعدية فالتناشأ شاهد التيفوس الطفحي كثيرا ما يظهر  
 في أحوال لا يتوهم العقل مرانته فيها كظهوره وانتشاره في السفن  
 حال سباحتها (ويعرف بتيفوس السفن) وفي الميجون المغلقة (ويعرف  
 بتيفوس الميجون) كما التناشأ شاهد ظهوره في أحوال يظهر انها تعين على  
 نمو الجسيمات الحيوانية الدقيقة الميكروسكوبية كزمن القحط الذي يتعاطى  
 فيه الاغذية الفاسدة العفنة (ويعرف بتيفوس القحط) وفي المارستانات  
 المشتهلة على عدد عظيم من المرضى التي فيها يكون الهواء مشحونا ببعفونات  
 الفضلات (ويعرف بتيفوس المارستانات) وينتشر اذ ذاك التيفوس  
 الطفحي بكثرة بحيث يمكن الحكم بحصوله من قبل متى وجدت الشروط  
 السابقة ومن الواضح ان ذلك ليس المراد منه نفي القول بان جسم المريض  
 المصاب عقب دخول جرثومة هذا المرض فيه لا يكون واسطة مساعدة  
 على نمو هذه الجرثومة أو تولدها أكثر من اللحم المتعفن وهواء المارستانات  
 المتعفن للتعفنتات الحيوانية وان المرض لا يبقى قاصرا على اصابة واحدة  
 بل يسرى ويتشتر انتشارا عظيما ولو بعد زوال الاحوال التي ساعدت على  
 ظهور الجرثومة المرضية ونموها خارج الجسم فان ثبت ما ذكرناه انفسا من  
 ان جرثومة الهيضة قد تتكون ابتداء في الارز المتغير قوي الظن بان جرثومة  
 الاصل المعدي للتيفوس الطفحي تتكون خارج الجسم في المواد الحيوانية  
 المتعفنة أيضا وانه في الازمنة التي تجتمع فيها الشروط المساعدة على كثرة  
 ولداها يزداد ازديادا عظيما بحيث يهدد باصابة الاشخاص وانتشاره



فيهم ثم ان الاستعداد للاصابة بالاصول الميازمية المعدية للتيفوس  
الطفحي منتشر جدا فلا يبقى مصونا عن الاصابة به الاسن الطفولية  
والشيخوخة ويستوى في الاصابة به الذكور والانات بدون تفاوت واقويا  
البنية وضعفاؤها والظاهر ان التعب المفرط ونسبه من المؤثرات يزيد  
في الاستعداد وان الاصابة بهذا المرض مرة تطفئ الاستعداد للاصابة  
به مرة أخرى

وذكر كل من هرش وجرسجرف فيما يخص انتشار التيفوس الطفحي في أوربا  
انتشارا جغرافيا فقال ان هذا التيفوس من ابتداء القرن السادس عشر الى  
الثامن عشر كان مكونا للنوع التيفوسي المتسلط والمنتشر في جميع اقطار  
اوروبا وعظم انتشاره من ابتداء هذا القرن مدة الحروب والواقعة فيه ثم صار  
نادرا جدا حتى قيل انه لا يوجد مرض تيفوسي بدون التقرحات المعوية وانما  
في هذا الزمن الاخير زال هذا الخطاء بظهور ذلك المرض ظهورا وبائيا في  
بعض اقاليم اوربا ومدة حرب القرم وأما في جزائر انكلترا وبعض خطط من  
مركز اوربا فان هذا التيفوس يكون الشكل الوطني المستقر وأما في جنوب  
اوربا وجزء ايطاليا السفلى والبلاد المشرقية وبلاد المجر فان التيفوس  
المذكور قد يظهر وحده أو مصاحبا لغيره من انواع الامراض  
التيفوسية

وتنسب إليه لم اشاهد هذا المرض من سلطان في اقليمنا تسلطنا وبائيا عظيما  
الا في سنة ١٢٨٠ من الهجرة وما عهد ذلك فقد تشاهد اوبية صغيرة  
زمننا فمننا لا يمكن نسبتها على الدوام لسريان هذا المرض بالعدوى المحض  
وحينئذ من الجائز ان يكون متشاهما ميازمتيا

\*(الصفات التشريحية)\*

الطفح الوردى الواصف للتيفوس الطفحي لا يمكن معرفته في الجثة مثل  
طفح الحصبة والقرمزية فانه بعد الموت تزول الاحتقانات المحدودة للجلد عند  
امتقاعه امتقاعا عاما لكن ان حصل في هذه الاحتقانات المحدودة تمزق  
في بعض الاوعية الشعرية وانسكاب دوى في جوهر الجلد شوهد فيه بعد  
الموت بقع نمشية عديدة منتشرة لكن ذلك لا يوجد على الدوام وينبغي

الاحتراس من الوقوع في الخطأ والظن بان النمش عرض واصف للتيفوس  
 الطففي (المعروف بالتيفوس النعشي) ثم ان الطفح الوردى الذى  
 نشرحه هنا مفصلا مع التغيرات النشرة بحية لهذا المرض كما  
 اجرينا ذلك في بحث الحصبة والقرمزية والجدرى له مشابهة عظيمة يقع  
 الحصبة فيشابهها في العظم والشكل واللون وقد يختلف بعضها احيانا أيضا  
 مكونا لاشكال غير منتظمة الا انه لا يكون وشجا بجلامات صغيرة مثل الطفح  
 الحصى وهذه البقع الوردية تكون تارة موازية لسطح الجلد وتارة  
 تعلوه بقليل ثم ان هذه البقع التى يقل اتضاحها بالكلية في التيفوس  
 البطنى بل لا توجد في جميع احواله وان وجدت يعسر مشاهدتها على البطن  
 والصدر ولا تكون مشاهدتها قاصرة في التيفوس الطففي على هذه الاجزاء  
 بل انها تغطى بعدد عظيم جدا جميع الجذع والاطراف وتتضح اتضاحا  
 عظيما بحيث لا تختفى ولا تصعب مشاهدتها ويندر ظهورها في الوجه  
 وهذا الامر يمنعنا من الوقوع في الاشتباه بين الطفح الحصى والطفح  
 التيفوسى وكذا باقى التغيرات النشرة بحية التى تشاهد في الجثة فانما تشابه  
 ما يشاهد في الامراض الطفحية فان حصل الموت بسرعة شوهد ان الجثة  
 قليلة النحافة والتيبس الرمى عظيم جدا ويوجد في المحلات المتحدرة  
 احتقانات انحدارية عظيمة والعضلات تكون ذات لون داكن ويحتوى كل  
 من القلب والاعوية العظيمة على دم داكن شبيه بعصارة الكرز والغشاء  
 المخاطى للمسالك الهوائية يكون محتقنا احتقانا عظيما ومغطى بمواد مخاطية  
 لزجة وكثيرا ما يوجد في الجوهر الرئوى تكبدات رخوة متمدة أو أجزاء  
 هابطة على بعضها والعقد الشعبية تكون منتفخة لكنها ليست من تشعة  
 ولا لينة ولا يوجد في القناة الهضمية ولا في العقد المساريقية تغيرات مهمة  
 قارة والطحال يكون عظيم الحجم لير القوام - وان حصل الموت في الادوار  
 الاخيرة من هذا المرض شوهد أن التيبس الرمى قليل جدا ولا يستمر زمنا  
 طويلا والجثة تكون واقعة في النحافة وجناحا الاتف ترايين وكل من  
 الاسنان واللسان مغطى بطبقة مسودة هبائية والدم محتويا على تعقدات  
 ليفية داكنة تميل دكنية الى عصارة الكرز الاسود المحمر وجدر الاعوية تكون



في حالة ارتشاح ويوجد عادة في الرئتين تكبذات ممتدة والطحال يكون منتفخا انتفاخا عظيما ويوجد فيه احيانا انسكابات دموية أوخراجات صغيرة وكل من المعدة والمعدة لا يوجد فيه تغيرات تشر بحية احيانا ونغاية ما هناك انه يوجد انتفاخ في الاجربة المنفرقة الدموية وفي غدد بيبير كما يشاهد ذلك في غير هذا المرض من الامراض الطفحية وكذا باقي الاعضاء لا يوجد فيها تغيرات تشر بحية قارة واصفة وفي الاحوال النادرة التي فيها يحصل الموت متأخرا جدا عقب ظهور مضاعفات ثقيلة تشاهد تغيرات تشر بحية مختلفة كنفوخ النكفتين وانتفاخهما المنتشر والتهابات غشائية أو دفتيرية وموت منتشر في المنسوج الخلوي وغنغرينات وضعية وغنغرينة الاطراف ونحو ذلك

وحصول هذا التغير الاخير كان كثيرا جدا في الوباء الذي تسلط في مصر وفي مارساتنا سنة ١٢٨٠ هجرية كما تقدم بحيث ان شدة انتشار الطفح الوردى واعية للجدع والاطراف بل وراحة اليدين وانخص القدمين مع مضاعفات ذلك بغنغرينات وضعية وغنغرينة في الاطراف والاصابع كانت من الامور المتصف بها هذا الوباء

### \* (الاعراض والسير) \*

قليل من الامراض ما تكون اعراضه مثل اعراض هذا المرض مشابهة لبعضها في كل حالة وذات سير واحد عند الاشخاص المختلفين فدور التفريح في هذا المرض الذي يمتد من ثمانية أيام الى تسعة وينذر ان يكون أطول من ذلك لا يكون في أغلب الاحوال خاليا عن ظواهر مرضية فضلا عن كون هذه الظواهر المرضية التي هي في الاحوال الخفيفة عبارة عن قشعريرة خفيفة وألم في الرأس وقلق وفقد في الشهية واحساس بتعب وتكسر وضجر وقصارى الامر انها اعراض كالتى تسبق غير هذا المرض لاتدلنا على نوع المرض الاخذ في الهجوم وطبيعته وانما في الازمنة التي يكون فيها التيفوس الطفحي متسلطنا وبأثبا يمكن الظن عند وجود الظواهر المرضية السابقة ان المريض مصاب بتميم تيفوسى ويقوى الظن ان وجد مع ذلك اصابات نزلية كالسعال والزكام وحرقان الاعين بحيث

يتوهم في غالب الاحوال ان المر يض مصاب بحمى نزلية بسيطة وشدة هذه  
الظواهر تختلف بحيث ان بعض المرضى في اثناء حصولها يسفر على تعاطي  
الاشغال وبعضهم يلتزم الفراش

واما دور هجوم النيفوس الطفحي فانه يبدأ تارة بقشعريرة شديدة مرة  
واحدة عظيمة الشدة مستطيلة المدة وتارة بقشعريرات خفيفة متكررة يعقبها  
احساس بحرارة شديدة مستمرة ومن أول نوبة قشعريرة تكاد المرضى تلتزم  
الفراش وتحس بهبوط وضعف عظيم وتشنج يثقل في الرأس أو دوار  
أو احبانا بالآلام شديدة فيه يمكن ان يتلطف بحصول رعا فو قى  
وينضم لذلك دوار وشرر امام العينين وطمنين في الاذنين وثقل في السمع  
واحساس مؤلم في العضلات وارتعاش عند تحريك الاطراف وتكون المرضى  
هابطة مستلقية على فراشها وعند اختراق في الكلام وقت النوم وهذا يان  
بهدء في اليقظة وبعض المرضى يكون في حالة قلق ورعب عظيمين وعندهم  
تصورات مزعومة مفرعة بحيث لا يمكن حجزهم في فراشهم فتجبر خدما  
ألمارستانات احبانا على ربطهم في الفراش أو تثبيتهم باكام قميص المجاذيب  
وزيادة عن اعراض هذا الاضطراب المصبي يكاد يوجد دائما في دور  
هجوم النيفوس الطفحي ظواهر نزلية شديدة فتخرج العينان من الضوء  
مع احمرار قهسما ويزداد افراز الدموع ويحف باطن الانف أو ينسد أو ينفرز  
منه ابتداء افراز سائل ثم يصير لزجا ويحف على هيئة قشور ويتعسر  
الازدراد ويصير مؤلما ويغطي اللسان بطبقة بيضاء ويصير طعم الفم  
عجينا واحبانا يحصل غثبان أوقى ويمكن ان يحصل اسهال وأكث  
من هذه الاعراض التي قد تفقد احبانا وجود السعال الحشن المؤلم الذي  
تفقد به كمية قليلة من مواد مخاطية لزجة مختلطة احبانا بقليل من الدم  
وعند التسمع على الصدر يحس بخراخر عديدة وسير الحى وارتقاؤها في هذا  
المرض وان لم يكن عندنا الا شهادات قليلة اكيدة بالخصوص الا التي فعلها  
المعلم وندر اش تدل على ان الحرارة تصل الى درجة ٤٠ أو ٤١ مئانية  
في الايام الاول من هذا المرض ويكون النبض عظيما مملثا رخوا ويندر  
ان يكون من دوجا وسرعته تصل الى مائة ضربة تقريبا الى الدقيقة الواحدة



و بسبب فقد جزء عظيم من سوائل الجسم المائية بالتجريح عقب ارتقاء درجة الحرارة العظيمة يكون العطش متزايدا جسدا والبول قليلا متر كزافي هذا الدور ويمكن غالباً اثبات ازداد حجم الطحال بالقرع

واما دور الطفح فانه يبتدئ بظهور البقع الوردية التي تبتدئ بالظهور في النصف الثاني من الاسبوع الاول بين اليوم الثالث والخامس ويندر تأخيرها للسابع وهذا هو المسمى بدور التزهير وذلك فيما اذا اعتبرنا تشابه التيفوس الطفحي بالامراض الحمية الطفحية الحادة ولو ان هذا التشابه لا يوجد الا في ابتداء هذا المرض ثم يزول فيما بعد وتكون البقع المذكورة في الابتداء قليلة وتظهر على الجذع فقط ثم تزداد شيئا فشيئا وتمتد نحو العنق والاطراف حتى تغطي الجسم ماعدا الوجه وتكون بالقرب من بعضها في بعض المحال وفي غيرها تباعد ويندر ان يكون الطفح قليل الغزارة وعلى اكل حال ففي مثل هذه الاحوال يكون أكثر غرارة من التيفوس البطني وامامته فأكثر طولاً من الطفح الحصبي والقرمزي فان البقع الوردية لا تأخذ في الزوال الا نحو انتهاء الاسبوع الثاني مع تناقص الحمى وباقي الظواهر المرضية وكما استمرت هذه البقع تلاحظي لونها الاحمر القاني بالتدريج وحل محله تلون مزرق ثم بالضغط عليها بنحو الاصبع تزول زوالاً غير تام وكثيراً ما يستحيل منها جزء عظيم الى بقع غمشية - ثم ان الظواهر العامة لا تحسن بظهور الطفح فالمرضى وان قل تشككهم بالمراس والاطراف الا ان ذلك ناشئ عن زيادة اضطراب القوة العقلية بحيث لا يحسنون التصور ولا يتذكرون حتى انه بسؤالهم لا يحسنون جواباً بل يجيبون بكلام متقطع غير منظم ويكونون تارة في نوع هذيان خفيف واخرى شديد يشبه الجنون بحيث يخرجون من فراشهم على الدوام وفي أثناء النقاهة لا يكون عندهم أدنى تصور من ذلك ويزداد ثقل السمع ازداداً عظيماً ويكون اللسان جافاً مغطى بقشور مسودة والمتحمة محتقنة ويتلطف السعال لسكن التنفس يكون سطحياً صريعاً على هيئة اللهث وفي الصدر يحسن بخراخر عديدة ممتدة والقرع يكون أصم غالباً في المحال المتحدرة ويحصل في بعض الاحيان امساك واخرى اسهال قوى ويخرج البول قهراً في الفراش وتستقر

النجى في الاحوال الخفيفة تبعاً لرأى المعلم وتدرج الى نحو انتهاء الاسبوع  
الاول الى ارقى درجتها التي تصل اليها في اليوم الثالث والرابع وربما يحصل  
في النصف الثاني من الاسبوع الاول انحطاط خفيف في درجة الحرارة  
بحيث يكون في اليوم السابع أو الثامن في درجة انحطاط عظيم - وأما  
في الاحوال الثقيلة فان درجة الحرارة ترتقى أيضاً في النصف الثاني من  
الاسبوع الاول ولا يحصل انحطاط في اليوم السابع وسرعة النبض الذي  
يكون في هذا الزمن صغيراً خوفاً يطاق بقى تقريباً ارتقاء درجة الحرارة بحيث  
ان سرعة النبض في الاحوال الخفيفة تصل الى ١٠٠ ضربة في الدقيقة  
الواحدة وإلى ١٢٠ بل أزيد في الاحوال الثقيلة وفي انتهاء الاسبوع  
الاول يكون الطحال منتفخاً عظيماً وفي الاسبوع الثاني يكتسب الطفح  
لونا مزرقاً فان جميع الظواهر المرضية ترتقى ارتقاءً عظيماً فيحصل نحو  
وسط هذا الاسبوع أو انتهائه الى ارقى درجتها فينبغي ان تدل على المرض  
الاستلقاء على ظهورهم مع بعض انطباق في أعينهم وانقلاب ركبتيهم  
نحو الوحشية واسترسال ايديهم بين الفخذين وبالجملة فانهم يكونون في حالة  
خدر تام يكادون لا يستيقظون منه ويتكلمون بما لا يعقل ويظهر على  
مخنتهم حركات مختلفة وينفثون بايديهم اغشية الفـراش ككندف  
القطن ويجتهدون في القيام من الفراش زمناً غير مدركين لما حولهم  
ولا متصورين لما يحيط بهم لا كمن عقولهم تتبادى على تصور الهذيان  
والاشتغال التام به بدرجة متفاوتة ولا يتشكون بالعطش وان كان  
لسانهم مغطى بالقشور الجافة أو المسودة اليابسة لكن عند اعطائهم الماء  
واحساسهم بنحو الكوبة بين شفقتهم يجتهدون في الشرب مع الشراهة  
وان لم يجد نفعاً غالباً لا هتزاز للسان أو تيبسه وعدم تحركه وعسر الازدراد  
ويوجد على جناحي الانف طبقة دقيقة هبابية والاسنان واللثة تكونان  
مغطاتين بطبقة عجينية لزجة وبفسادها تتصاعد رائحة منتنة من الفم  
والجلد يكون مغطى غالباً عند كثير من المرضى ببقع غشية أو نحو بصلات  
دخية وتوجد عند آخرين ظواهر التهاب رئوي أو هبوط رئوي عند  
آخرين اعراض الالتهاب النكفي ويمكن ان يحتوي البول على مواد



زلالية ثم ان هذه الظواهر مع الاضطراب العام الثقيل واضطراب  
المجموع العصبي الشديد وظواهر الالتهاب الرئوي والهبوط الرئوي  
أو النكفي يمكن مشاهدتها في كثير من احوال التيفوس الطفحي الذي  
يكونا تهاؤه حميدا وهذا الامر مهم المعرفة حتى لا يبالغ الطبيب في خطر  
هذا المرض وترتقي الحمى في جميع الاحوال في ابتداء الاسبوع الاول سواء  
حصل انحطاط في اليوم السابع أولا وفي الاحوال الخفيفة لا يستمر هذا  
الارتقاء الا أياما قلائل ولا يصل الى درجة شديدة جدا بخلاف الاحوال  
الثقيلة فان الارتقاء يستمر الى نحو انتهاء الاسبوع الثاني بل الى اليوم  
السادس عشر والسابع عشر بحيث يبالغ الارتقاء الى أقصى الدرجات  
(اعني الى ٤٢ وأزيد) وضربات القلب اذ ذاك لا تكون مرتقية الى  
درجة عظيمة بل الغالب ان تكون ضعيفة ولذلك لا يحس بالغاظ القلب مع  
الوضوح والقوة بل تكون واهية غير رقيقة ويكون النبض صغيرا غير واضح  
والدورة في أعلى درجة من البطء بحيث ان الاجزاء التي تكون بعيدة عن  
مركزها توافق حرارتها درجة حرارة الاوساط المحيطة بها بحيث تظهر  
الايدي والاقدام باردة وأما الجذع فان حرارته تكون لذاعة

وأما الدور الثالث للتيفوس الطفحي المعبر عنه بدور البحران فانه يبتدى  
على الدوام في الايام الاخيرة من الاسبوع الثاني ولا يتأخر الى الايام  
الاخيرة من الاسبوع الثالث الا في الاحوال الثقيلة جدا ومن الغريب  
الذي لا يمكن تصوره الا بالمشاهدة معرفة الانتقال العجيب للظواهر  
المرضية في هذا المرض التي تحصل في ليلة واحدة متى ابتداء دور البحران فان  
المرضى يطرأ عليهم بعد ثوران جميع الظواهر المرضية ثورا عظيما نوم عميق  
طويل تستيقظ منه مع سلامة القوى العقلية والادراك لكنهم لا تنذ كر  
ما حصل لهم من ثقل المرض في الايام الاخيرة وفي اثناء هذا النوم البحراني  
العميق تهبط حرارة الجسم زيادة عن درجتين وتناقص سرعة النبض  
زيادة عن ٢٠ أو ٣٠ ضربة في الدقيقة الواحدة وفي الاحوال  
الحميدة يعقب زوال الحمى المفاجئة حالا فيكثر نوم المرضى ويكون ادراكهم  
عند التيقظ مكدرا قليلا وفي بعض الاحوال يبقى معهم حالة البله مدة

طويلة وتصل الطبقة الوحشية المغطاة للاسنان واللسان فيصير طبيا  
وتعود الشهية ويخرج بالسعال الخفيف نفث نضيج ويأخذ الجلد في  
التفلس بعد زوال الطفح الوردى الذى كان منتشر اعليه وكذلك البقع  
النمشية يهت لونها شيئا فشيئا ويخط كل من حرارة الجسم وسرعة النبض  
الى درجة الحالة الطبيعية أو يزيدو يتناقص حجم الطحال ومع ذلك ولا يكون  
للمريض قدرة على ترك الفراش والمشي الا بعد بعض أسابيع ولو فى الاحوال  
الجيدة جدا وفى أغلب الاحوال يعود انتظام القوى العقلية وقوتها ببطء  
زيادة عن قوة الجسم

ثم ان دور البحر ان لا يعقب النقاهة حالا بدون اضطرابات اخرى فى جميع  
الاحوال بل انه فى الغالب يعقب التغير التيفوسى امراض تالعية تنشأ اما  
عن شدة الحمى أو اضطراب التنفس أو الحرمان المستطيل من الاغذية  
أو امتصاص بعض الارتشاحات وغيرها من الامور المضرة غير المعلومة التى  
تحصل فى أثناء سير هذا المرض والذى يثبت حصول الامراض التالعية  
بهذه المثابة هو كونها تحصل بعد انتهاء سير التيفوس الثقيل المستطيل والحمى  
النفسية والهيمية وغيرها من الامراض العامة الثقيلة التى تحدث اضطرابا  
قويا فى البنية فبعض المرضى تطرأ عليه الحمى ثانيا بدون ان يوجد تغير الترابى  
فى عضو ما من الاعضاء وحينئذ تهلك المريض بظواهر النهوكة العظيمة جدا  
فان قواهم التى ضعفت بالمرض تتحرك بسرعة وفى آخرين من المرضى قد  
تظهر التهابات وتقيحان متعددة فى النخكفة وفى غيرهم التهابات رئوية  
أو بلوراوية أو التهابات دفتيرية أو جراحية فى المعاء وفى آخرين يظهر طفح  
دملى غزير أو بثور اكتيماوية أوخراجات عظيمة فى المنسوج الحشاوى تحت  
الجلد وبين العضلات وكثير من المرضى من تكون حياته فى خطر عظيم اما  
ببطء شفاء الغنغرينا الوضعية أو الامتصاص الصديدى وفى انتهاء الامر  
لا يندر تكون سد ذاتية فى الاوردة الفيذية وتايجهما التى تعقبها

ثم ان الانتهاء الاكثر حصولا فى التيفوس الطفحى هو الشفاء لاسيما فى  
الاولية غير الشديدة جدا وما كان يعلم من التجارب من ان الانتهاء بالموت  
نادر كما يزعم كثير من اطباء غير الممارسين لشدة الظواهر المرضية بسهل



توجيهه بكون مدة الامراض الدورية في الغالب تكون قصيرة فان الجسم لا يمكنه تحمل هذا المرض المصوب بدرجة حتى شديدة زمانا طويلا بدور أن تنتهك قواه وما قلناه من النظريات المعول عليها بان خطر الامراض التسممية ينشأ ولا بد من ارتفاع درجة الحرارة فيها ارتفاعا ينتج عنه شلل عموي لا تسمر معه الحياة صارت تقويتها بالتجارب العديدة التي فعلها المعلم وندرش في وباء خفيف شاهدناه انه لا يكاد يحصل الموت في الاحوال المهلكة في اثناء شدة ارتفاع درجة الحرارة بل ان جميع المرضى الذين تجاوزت درجة حرارتهم ٤٣ هلكوا جميعا بحيث شوهد في الاربعة عشر الذين هلكوا في هذا الوباء القليل الشدة خمسة منهم ارتقت حرارتهم الى درجة لا تطاق بخلاف الذين لم تجاوز درجة حرارتهم ٤٠ فلم يهلك منهم أحد

وزيادة على ذلك يرتقى خطر هذا المرض بواسطة الالتهاب الشعبي الشعري والالتهاب الرئوي وهبوط الرية وبعض الأشخاص تهاك من امراض ناعية أو أنزفة مهلكة أو غنغرينا في بعض الاجزاء كاربعة الانف واصابع اليدين والرجلين والاعزبنا الرئوي وغيرهما من الظواهر المرضية الواصفة لما كان يسمى أولا بالجيات العفنة التي تنتشر انتشارا وبأثبا عظيما وكان يهلك منها عدد عظيم من الأشخاص

وبالجملة فلنذكر بعض اشكال خفيفة من التيفوس الطفحي المسماة بالاشكال الاجهاضية قد شاهدتها بمارستان مجد بمرع مطابقة بالكلية للمشاهدات التي حصلت في الوباء الذي انتشر سنة ١٨٤٣ وسنة ١٨٤٨ في براج وجميع من اصاب بهذا المرض كانت عدواه بالملامسة للصابين بالتيفوس الطفحي أو القرب منهم فكانت شكوى هؤلاء المرضى بقشعريرة وهبوط ودوار في الرأس وألم في الجبهة وتسكس في الاطراف وفقد في الشهية وغير ذلك من الظواهر التي تشاهد في دور تفريح التيفوس الطفحي ثم اعقبها حرارة شديدة مستمرة وصرعة عظيمة في النبض وانحطاط قوى واضطراب في النوم مزعج باحلام رديئة وبعض المرضى يظهر عندهم هذيان وانضم لذلك ظواهر نزلية فالاعين المحتقنة كانت في حالة قرع من الضوء وغشا الانف

المخاطي كان جافاً وفسد الأنف وكان يحصل للمريض سعال شديد تنقذ في به مواد مخاطية لزجة وكان يشاهد في هذه الأحوال الطفح الوري وتعدد الطحال وبالجملة فلم يكن عندنا أدنى شك بأن المرض المبتدى هو التيفوس الطفحي غير أن هاتين علامتين لم تكونا مستقرتين بل في انتهاء الأسبوع الأول يزول الاضطراب العام والحمى وبقي الظواهر النزلية فتبدأ النقاها وتعود المرضى إلى حالتهم الصحية ببطء بحيث يمكنهم ترك الفراش في انتهاء الأسبوع الثاني

### المعالجة

المعالجة الواقية من التيفوس الطفحي اعظم نجاحاً وفائدة عما في غير هذا المرض من الامراض المعدية الواثمة فان عزل المرضى السريع التام عن الأصحاء من ابتداء ظهور الأحوال الابتدائية لهذا المرض يمكن به انقاذ أمة بتمامها من الهلاك وحينئذ فليس ثم أمراً كبيراً فائدة تقع من الطبيب غير اجراء الاصول الصحية بالعزل والتخير لاجل منع انتشار هذا المرض السريع العدوى والانتشار

وليس عندنا وسائط علاجية بها يمكن تنقيص مدة التيفوس الطفحي أو إيقافه فلذا تقتصر هنا على معالجة عرضية وحيث ان هذه المعالجة تفعل لاجل مقاومة الظواهر المرضية التي تخاطر بحياة المرضى لاسيما الحمى وان مقاومة الحمى هي المهم جداً في معالجة التيفوس البطني فلهذا على المبحث الآتي كما اتفانذ كر هناك الوسائط العلاجية التي تقاوم ارتقاء الظواهر النزلية للأعضاء التنفسية والانحطاط الشديد والغثغرينا الوضعية وغيرها من الظواهر المرضية الخطرة فان الاخطار المذكورة تحصل بعينها في التيفوس البطني وتستدعي نفس الوسائط التي سنذكرها في مبحثه

### المبحث الثامن

(في التيفوس البطني المعروف بالحمى التيفويدية) \*

كيفية الظهور والاسباب

لا يعول على الرأي القائل بأن التيفوس الطفحي شكل مرض تيفوسي بسيط



البطني من ككب وكل منهما ناتج عن أصل مرضي واحد لكنه فيه ينضم  
 للتغيرات التي تعثرى الدم في التيفوس الطفحي تغيرات في اعضاء أخرى  
 لها ارتباط تام بتكوين الدم وهي الغدة المعوية والمسار بقيه فانتاوان  
 لم تنكر انه يوجد بعض مشابهة بين الظواهر المرضية للتيفوس البطني  
 والطفحي لكن لا يسوغ لنا من هذه الحيشية التي ليست أعظم من مشابهة  
 اعراض التيفوس الطفحي لاعراض الحصبة المصحوبة بحالة تيفوسية  
 الحسك باتحاد تغيرات الدم في كلا هذين الشككين من الامراض  
 التيفوسية وان السم الذي يحدث التيفوس الطفحي والبطني مقاسن  
 الطبيعة كما لا يعول على رأى القائل ان التيفوس البطني درجة عظيمة  
 عالية من التسمم بالسم التيفوسي والتيفوس الطفحي درجة قليلة واهية  
 فانه قد شوهدت أوبية من هذا الاخير اشد خطرا من الاول وان الاحوال  
 الخفيفة من أوبية التيفوس الطفحي تكاد تكون شديدة الظواهر المرضية  
 فيه سيما شدة الحمى والاصابات المختلفة أعظم منها في البطني ومن المعلوم ان  
 المصابين بالجديرى كثيرا ما يعدون غيرهم بالجديرى والعكس وذلك يثبت  
 أكيدا تماثل السم فيهما وأن المرضى المصابين بالتيفوس الطفحي  
 لا تعدى الغير الابهذا لاداء نفسه لا البطني وذلك يثبت أكيدا عدم القائل  
 في سمهما وان طبيعتهما مختلفة ولو تشابهت اعراضهما واما كان التشابه بين  
 الحصبة والقمرى فلا بد وان يكون من المعلوم ان العدوى بالسم الحصبي  
 لا تحدث مطلقا للقمرى وهذا دليل كاف على عدم القائل وليس ادرجته  
 متفاوتة في الاصابة لمرض واحد وليس القصد مما ذكرناه انكار ما هو  
 قريب للعقل من ان السمين التيفوسيين يقربان من بعضهم كما الحصبي  
 والقمرى فان تشابهما المحدث للبطني والطفحي يثبت من مشابهة تأثيرها  
 اعنى من مشابهة الاعراض المرضية ومن الشروط المعينة على ظهور  
 أحدهما وسيتضح ذلك مما سيأتى

ومن الواضح ان التيفوس البطني ينتشر كالطفحي بطريق العدوى والمبازما  
 معا يعنى ان الجرثومة المرضية المحدثه للتيفوس البطني تتكون داخل  
 الجسم المصاب كما تتكون خارجه عند اجتماع الشروط المعينة على ذلك وبهذا

بحصل الانتشار وان لم يمكن اثبات ذلك على وجه التحقيق الا اننى انكر القول المستحدث بأن التيفوس البطنى لا ينتشر الا بمجرد العدوى فقط لان ذلك بعيد عن العقل

والاصل المعدى فى التيفوس البطنى ليس قويا جدا كاصل التيفوس الطمع ومن المقطوع به ان اصل التيفوس البطنى المعدى يتشبه بفضلات المريض وان الاشخاص المعرضين للتصاعدات الآتية من المواد البرازية التيفوسية هم اكثر عرضة للعدوى بهذا الداء وأما الامر المشكوك فيه فهو ان التصاعدات الجلدية والغازات المتصاعدة من جسم المريض (التي هي حاملة لاصل المعدى فى التيفوس الطمعى بلا شك وليست حاملة له قطعاً فى المبيضنة) لا تكون كافية فى سريان التيفوس البطنى وانتشاره ويندر اصابة خدما المرضى والاطباء بالتيفوس البطنى وان حصل ذلك يكون الامر منهم الا يعلم هل الاصابة من التصاعدات الآتية من المواد البرازية أو من جسم المريض وعلى كل حال فالأولى التى تلى فيها المواد البرازية للمرضى نحو القصارى والمرحاض تكون أشد خطراً من مخالطة المرضى ولامستها

والذى يؤيد ظهور هذا المرض ظهوراً مياً زمانياً بالاحوال التى فيها يظهر التيفوس البطنى فى بقاع بعيدة عن مخالطة الادمين والتى لم يظهر فيها هذا المرض من منذ سنين ولا يكون هناك ادنى توهم فى سريان الاصل المعدى لهذا المرض فيها ومتى لم يعتبر من القواعد العمومية ان المرض الميازمانى معد مطلقاً فلا حاجة للاحتجاج الى نظريات غير واضحة توجه بها الاحوال المذكورة التوجيه البسيط القريب للعقل فى مثل هذه الاحوال بان الجسمات الالية الدنية التى تعتبر جرثومة التيفوس البطنى لا توجد فقط فى جسم المرضى وفضلاتهم البرازية بل توجد خارجة عنها أيضاً وتكثر وتزداد متى اجتمعت الشروط المعينة على ذلك - ثم ان الامور المعينة على ظهور جرثومة التيفوس البطنى وازديادها معلومة لنا نوعاً وذلك انه يمكن اثبات حصول التيفوس البطنى حصولاً ذاتياً مكوناً لاولية خفيفه قاصرة على بعض الاماكن فى البقاع التى يوجد فيها كمية عظيمة من جواهر حيوانية



أخذة في التعفن ودخول جرثومة هذا المرض في الجسم يظهر أنه يتم بواسطة  
الرتين أي بدخول الهواء المتحمل بها ومع ذلك فقد تو جد أمثلة تدل على  
إصابة جميع الأشخاص بالتيفوس البطي عقب شرب من ينبوع مياه  
متصل بمستودع أحد المراحيز وأما ازدراد تلك الجرثومة ووصولها  
في القناة الهضمية مع بعض اللحوم العفنة فامر مشكوك فيه

ومما يعسر الوقوف على حقيقته وإثباته كون التيفوس البطني المنتشر في  
المدن العظيمة هل منشأؤه ميازماتي أو من العدوى فإنه في مثل هذه المدن  
تكون شروط تكوّن جرثومة هذا المرض وازديادها تكون ذاتيا وسريانا  
أيضا بواسطة فضلات المرضى البرازية في غاية الوضوح فإنه يوجد في أرض  
المدن العظيمة جواهر حيوانية أخذة في الفساد والتعفن بكمية عظيمة  
فقد أثبت المعلم ينسكفر وبرهن على أنه يلزم لازالة الفضلات البرازية  
لمدينة مونيخ مثلا مائة وخمسون عربة لاجل حمل البراز المتحصل من أهلها  
مع أنه يكاد لا يخرج منها كل يوم الا عشرة عربات بحيث ان سبعة أثمان هذه  
المواد البرازية يبقى مختللا باقيا بأرضها فتشرب منها - وسيتضح لنا  
فيما بعد ان عدد الاصابة بالحيات الاجامية في بقعة من البقاع المنتشرة فيها  
السم الاجامى يزيد وينقص بحسب ازدياد المياه لرا كدودة ونقصها وان تعفن  
الجواهر الببانية وتكوّن جرثومة الحيات المتقطعة منوط بها كثرة وقلة  
(اعنى السم الاجامى) وكذلك من الثابت بالتجارب ان عدد الاحوال  
التيفوسية في بقعة من البقاع المتسلط فيها هذا المرض يزيد وينقص  
بحسب ازدياد رطوبة الارض ونقصها ويسهل توجيه ذلك بأن بعض درجات  
الرطوبة الارضية تكون مساعدة أو غير مساعدة في تعفن الجواهر  
الحيوانية المنوط بها كثرة ونوال جرثومة التيفوسية أو قلة فقد شوهد كثيرا  
ان تجفيف أرض رطبة نجفيا فجائيا بتزول مياهها الاصلية المختللة بها  
يترتب عليه ازدياد امراض التيفوسية وهذا امر سهل التوجيه  
يستنتج منه ان ازدياد عدد الاحوال التيفوسية وتناقصه متعلق بانخفاض  
المياه الاصلية الارضية أو علوها فإنه بانخفاض هذه المياه يسهل تعفن  
البقايا الحيوية التي احتوت عليها الارض لانها صارت عرضة للهواء بخلاف

صمودها تيك المياه فانه يزيل تعفن تلك الموارد لا كوثم لا تكمن في باطنها  
ومع ذلك فليس هذا مطرادا في جميع المدن واغلب أوبية التيفوس تبدأ في  
ابتداء حرارة الصيف أو بعدها أعني في الزمن الذي يمتد ويغور فيه الجفاف  
الى باطن الارض المتشعبة ببقايا حيوية ومع ذلك فكثير من الاوبية ما يمتد  
زيادة عن فصل الصيف الحار بكثير بل وبعض الاوبية يظهر أنه غير  
متعلق بالحرارة ولا بالجفاف فيبتدئ في فصل الخريف بل وفي الشتاء وأوبية  
التيفوس لا تكون على العموم كثيرة الامتداد في الغالب تكون  
قاصرة على بعض القرى أو جزء مدينة بل وبعض بيوت منها وتكون جرثومة  
هذا المرض حيث في ماء بعض الينابيع أو التصاعدات الارضية أو بعض  
المراحيض

ثم ان الاستعداد للتأثر من السم التيفوسي يختلف باختلاف الاشخاص  
ومن المهم معرفته ان الانحصاص الذين مكثوا زمنا طويلا في محال متساكن  
في هذا المرض لا يصابون عند انتشاره فيها بكثرة ويكونون أقل مصابا من  
غيرهم اعني الذين قدموا الى تلك المحال عن قريب وذلك معلوم في باقي  
الامراض التسممية العامة ومن البعيد على العقل نسبة هذه الظاهرة  
في مثل هذه الاحوال الى قلة استعداد الاشخاص الاولين وكثرة استعداد  
الآخرين فانه بعد غيابهم عن هذه البقاع مدة مدتها تعودهم اليها ثانيا  
يساوون غيرهم في الاستعداد فالذي يقرب للعقل ان هذه الظاهرة مبنية على  
نوع تعود تدريجي على السم التيفوسي ولولم يمكن ادراك ذلك وتوحيده -  
ثم انه بالنسبة لقابلية التأثر من السم التيفوسي قد دلت التقاويم الطبية  
بالنسبة لتأثير السن والنوع واحوال المعيشة المختلفة والبنية على ان  
الاطفال والشيوخ يندراسا بتهم بالتيفوس البطني والمستعدين له بكثرة هم  
المتوسطون في سن الحياة والرجال أكثر اصابة من النساء وأقويا البنية  
ذو التغذية الجيدة أكثر من ضعفاء ذوي التغذية الرديئة والعقراء أكثر  
من الاغنياء وصيانة المصابين بالدرن الرئوي عن الاصابة بالتيفوس  
البطني ليست مطردة ومع ذلك يندراسا بة المصابين بالدرن الرئوي بهذا  
المرض ومثل ذلك يقال في التولدات السرطانية وامراض القلب وغيرها



من الأمراض المزمنة أو الحادة وحالة الحمل والرضاع بالنسبة للنساء وأما  
النفاس فإنه يبق من هذا المرض مطلقا والاصابة به مرة تطفي  
الاستعداد للاصابة ثانيا الا في أحوال استثنائية ثم ان التيفوس البطني  
قد انتشر في هذا القرن الاخير من منذ ثلاثين سنة انتشارا عظيما وصار في  
هذه المدة التيفوس الطففي نادرا وكاد الاول ان يعم أوربا ما عدا بعض  
البلاد التي سبق ذكرها في المبحث السابق وصار الآن هو النوع التيفوسي  
المتسلطن فيشاهد في شمال أوربا أعني روسيا والدانيمارقه ومركز أوربا  
سبما المانيا وفرنسا والبلاد الواقعة أي هولانده وسوتسره كما أنه يشاهد  
في جنوب أوربا أيضا كإيطاليا وغيرها ولا يندر ان يوجد في الشام  
والممالك الآسية من الدولة العثمانية (ويندر وجوده بمصر) وأما في الجزائر  
البريتانية أعني في ايسكترة فالمتسلطن فيها هو الطمحي ومع ذلك يوجد  
معها أحوال عديدة من التيفوس البطني لا سيما في القرى العظيمة وفي بلاد  
السواحل التي لم يأت لها عدد عظيم من مهاجري ارلنده كما ذكره  
هرش وجرسنجر

### \* (الصفات التشريحية) \*

من الجيد تبعا للمعالم هارنيس ان تتكلم على نتائج الصفات التشريحية التي  
تظهر ان حصل الموت في الاسبوع الاول من هذا المرض أعني قبل انتهاء  
سير التغير التيفوسي ثم تتكلم على التغيرات التي تظهر في الجثة متى حصل  
الموت فيما بعد أعني مدة ما تكون التغيرات التي حصلت من التيفوس  
نفسه أخذت في التقهقر نحو الشفاء فنقول

جثة المالكين من التيفوس في الاسبوع الاول فانها تظهر في حالة نحافة  
عظيمة وتيسر رمي واضح جدا وفي الاصفار المنحدرة من الجسم يوجد  
احتقانات المنحدرة واضحة و يوجد احبايا في قسم الججز ابتداء تكون  
الغفرينا الوضعية وكثيرا ما تظهر الحياشيم تراية والاسنان واللثة مغطاة  
بطبقة سوداء ويوجد على الجلد طفق دخني غزير وعند فتح الجثة يشاهد  
الدم احمر داكنا والعضلات جافة يابسة والدم الكائن في القلب والوعية  
الغليظة يظهر كثيما قانئا يحتوى على قليل من المواد المنعقدة قليلة القاسك

جراه مسودة ويندر احتواءه على تعقدات ليفية فاقدة اللون بالكتابة ولم يدلنا  
 البحث الكيمائى ولا الميكروسكوبى الذى فعل الى وقتنا هذا على تغيرات مهمة  
 بالنسبة لدم المصابين بالتيفوس تكون ناتجة عن التدمم باسم التيفوسى بلا  
 واسطة فان تناقص المادة الليفية يشاهد في غير هذا المرض من الامراض  
 التدممية واما تزايد السكرات الدموية المتعاق بها بالاكثر اللون القاتم  
 في الدم فالظاهر انه نسبي فقط ناشئ عن تكاثف الدم بسبب ازدياد حركة  
 التخثير الحى وقد كية عظيمة من مئية الدم عند وجود اسهال غزير وان  
 استطالت مدة التغير التيفوسى حصل اضمحلال عظيم في كتلة الدم فيصير  
 قليل المادة الزلالية والسكرات الدموية - وكل من الدماغ والنخاع  
 الشوكى لا يظهر فيه تغيرات تشريحية قارة بنسبة الاضطرابات الوظيفية  
 التى شوهدت مدة الحياة فان كلا منهما يحتوى قارة على كمية عظيمة من الدم  
 وقارة على كمية قليلة منه وقد يكون فوام كل منهما متناقصا وفي جميع الاحوال  
 لا بد وان توجد تغيرات قارة في المسالك التنفسية والاعضاء التنفسية  
 أيضا اما القرحة التيفوسية الخجيرية التى سبق ذكرها (في الجزء الاول) فلا  
 يندر وجودها في كثير من الالوية وكذا يوجد من الظواهر القارة  
 علامات التهاب التلى الشعبى الممتدة الى الفروع الشعبية الدقيقة مع  
 احمرار في الغشاء المخاطى وتغطيته بمادة مخاطية لزجة قليلة ويظهر في  
 المحل المهدر من الرئين تغيرات انحدارية كثيرة الامتداد أو قليلته  
 كالاختقان الانحدارى الشديد مع انتفاخ الحواجز بين الخلايا الرئوية  
 وتكاثف جوهر الرئة تبعاً لذلك (ويعرف ذلك بتطحل الرئة) وقارة اخرى  
 او ذمى الانحدارية او ما يسمى بالالتهاب الرئوى الانحدارى (كما تقدم ذلك في  
 امراض الرئين) وزيادة على ذلك توجد محال من الجوهر الرئوى  
 كثيرة الامتداد أو قليلته في حالة اتيلكتازيا (أى هبوط رئوى) عقب  
 انسداد الفروع الشعبية الموصلة لها بسبب انتفاخ غشائها المخاطى وتجمع  
 الافراز فيها وقد توجد التهابات رئوية ليفية فصيصة أو فصيصة غير شاغلة  
 للاجزاء الاكثر انحداراً من الرئة فلا تكون متعلقة بتغير انحدارى وذلك عند  
 ارتفاع التغير التيفوسى الى أقصى درجة لكن الغالب وجودها بعد انتهاء



سيره والغدد الشعبية تكون منتفخة كثيرة الدم ذات هيئة فحشاء حية أحيانا  
كما سنشرح ذلك بالنسبة في الغدد المسار بقية ويكون القلب رخو وجوهره  
تارة متمعة وتارة ذالون ذا كس أحمر وكل من الغشاء الباطن للقلب والأوعية  
الغليظة يكون في حالة ارتشاح عظيم ذا لون أحمر متغير والطحال يكون  
متسمدا تمددا عظيما بحيث يزيد حجمه عن الطبيعي من ثلاث مرات إلى  
سنة وتكون محفظته متوترة وتوتر أعظيما وجوهره ليننا عجينا ذا لون أسمر  
بنفسجي أو أسود محمر رخو ويندر أن تكون محفظته ممزقة فينسكب الدم  
من محل انفجاره في تجويف البريتون وقاع كيس المعدة يوجد فيه إما  
أوعية وريدية عظيمة ممتلئة أو يظهر غشاؤه المخاطي ذا لون محمر داكن  
رخو عقب احتقان الأوعية الشعرية الدقيقة أو ارتشاحه ارتشاحا رميا  
وأما التغيرات التشريحية المهمة التي سمي بها هذا المرض فتوجد في المساء  
الدقيق ولا سيما في الغشاء المخاطي المعوي الألفا في وتبع في شرح هذه  
التغيرات المعلم روكتنسكي الذي قسمها إلى أربعة أدوار في الدور الأول  
أعني دور الاحتقان يكون الغشاء المخاطي للمعوي الدقيق مجلسا لا احتقان  
وريدى عظيم يظهر منتفخا مترخيا متغير اللون مغطى بمواد مخاطية  
واخيلية بشرية وهذا التغير وإن كان عاما لجميع الغشاء المخاطي للمعوي  
الدقيق إلا أنه يكون أكثر انضاجا في جزئه السفلي بقرب صمام بوهين  
والغدد المسار بقية تكون منتفخة انتفاخا قليلا رخوة كثيرة الدم ذات لون  
أسمر وفي الدور الثاني وهو دور الارتشاح التيفوسي يتناقص كل من  
الاحمرار والانتفاخ المعوي لغشاء المخاطي ويتركز حول الغدد المتفرقة  
والمجمعة للبيرا الكائنة في الجزء السفلي من اللقائف فتحصل في هذه الأجزاء  
تغيرات خاصة واصقة للتيفوس البطني وهوان الغدد المتفرقة والمجمعة تنتفخ  
انتفاخا عظيما في عدد كبير أو قليل منها بحيث أنها تعلو على سطح الغشاء  
المخاطي المحيط بها بقدر نصف خط أو خط وهذه البروزات التي تكون  
عادة يابسة وذات لون سنجابي أو أصفر محمر تكون ذات حواف مفرطحة أو  
منقطعة باستقامة وتكون من تكرة على الطبقة العضلية مثبتة بها  
مختلطة بالغشاء المخاطي المغشي لها اختلاطا تاما وحجم الغدد المتفرقة

المتفتحة بكون من حبة الدخن الى العدسة واما الغدد المجتمعة لبيبر  
فانها تكون مكونة للطحخ سعتها من القرش الفضة الى الريال وشكلها  
يكون بالاكثر بيضاويا وتختلط مع بعضها بقرب الصمام بحيث انها  
تكون شاغلة في هذا المحل من المني الى جزء معوي طوله جولة قراريط  
وعند شق هذه الغدد المتفتحة يظهر من هيئة الشق كان الغدد المعوية  
المريضة من تشحة بمادة فخاعية رخوة سحابة مبيضة أو جراء باهتة ومع  
كونه قد علم في العصر المتأخر أن التغير التيفوسي للغدد المعوية ليس  
عبارة عن ارتشاحها بفتح لاشكل له بل عبارة عن ازدياد عظيم في  
عناصرها الخلوية التي هي طبيعية لها فقد حفظ مع ذلك لفظ الارتشاح  
الخاص للغدد المعوية الواصف لتغيرها وبقى استعماله ثم ان هذا التغير قد  
يمتد بعيدا عن حدود الغدد المعوية فيوجد ايضا في المنسوج الخلوي للغشاء  
المخاطي المحيط بهذه الغدد ارتشاح نخاعي عبارة عن تكون جديد خلوي  
أت من جسيمات المنسوج الخلوي الطبيعي كما قاله (ورجوف) والغدد  
المسارية في هذا الدور تكون متفتحة ومجمها من الهولة الى الجوزة  
ولونها يكون سحابة محمرا ومنسوجها ذات مقاومة عظيمة وأما الدور الثالث  
الذي سماه روسك كمنسكي بدور الرخاوة واللين والانفصال والتغيرات  
التي تشاهده في الغدد المريضة تغاير بعضها تغاير اعظيما في الاحوال  
المختلفة فانه لا يندر أن يتقهقر هذا التغير بدون ان يحصل فساد في جدر  
الجرباب المعوي والغشاء المخاطي المغشي له فيزول انتفاخ الغدد المعوية  
ويتمص مقصلاها بعد زوال العناصر الخلوية باستحالتها الى مادة شحمية  
وهذه الاحوال هي التي تطابق ما يسمى بالاشكال الخفيفة من  
التيفوس البطني (أي الاشكال الاجهاضية) وفي احوال اخرى تتحمل  
الطبقة المغشية للجرباب المعوي الى خشكر يشة جافة هشة متلونة بلون أصفر  
بواسطة المواد البرازية وتكون الخشكر يشة بهذه الكمية قد يمتد الى  
جميع اللطحخ المعوية بحيث يشابهها في العظم والشكل وتارة يبقى تكون  
الخشكر يشة قاصرا على جزء من الغشاء المخاطي المغشي للاجربة وحيث  
يكون شكلها غير منتظم زوايا مستديرا وبالجملة فقد تتفجر الاجربة في احوال



اخرى متكون فيها الطخ بيبير بدون ان تسحقيل الطبقة المغطية لها الى  
 خشكر يشة وينصب . فحصلها الى الخارج وفي مثل هذه الاحوال يكتب  
 السطح الظاهر من اللدغ هيئة مخصوصة مثقبة أو شبكية ( وهذا ما يسمى  
 بالاطخ ذوات السطح الشبكي ) والغدد المساريقية في هذا الدور يكون  
 انتفاخها عظيما جدا بحيث ان بعضها يصل الى حجم بيضة الحمامة  
 أو الدجاجة وغلافها يكون ذا لون ضررق أو اسمر محمر وأما جوهرها فانه يكون  
 ذات هيئة قشاعية سنجابية محمرة . وأما الدور الرابع وهو دور التقرح ففيه  
 تنفصل الخشكر يشة المتكونة على اللطخ والغدد المتفرقة من الغدد  
 الكائنة أسفل منها أو عقب تلاشيها فيخلف ذلك فقد جوهر وهو المسمى عنه  
 بالقرحة الثيفوسية وقد وصف المعلم روكنسكي هذه القرحة الثيفوسية بأن  
 شكلها يكون امام مستديرا أو بيضاويا وذلك على حسب كونها اعقبت تقرح  
 جراب متفرق معوى أو لطح بيبير أو يكون شكلها غير منتظم مشرزم فيها  
 اذا كان تكون الخشكر يشة حصل بكيفية جزئية على سطح لطح بيبير وعظدها  
 يختلف فيكون امام حجم حبة الدخن والندسة الى عظم الريال ومجلسها  
 الجزء السفلي من المعى الدقيقة والقروح المتخلفة عن لطح بيبير يكون مجلسها  
 بالطبيعة موازيا لمحل اندغام المساريقا والقطر الطولي للقروح البيضاوية  
 يكون على اتجاها القطر الطولي للمعى وحافة القرحة تكون متكونة من دائرة  
 الغشاء المخاطي وهذه تكون منفصلة عن قاع القرحة بقدر خط . تهركة  
 عليه وذات احمرار ضررق يصير فيما بعد سنجابيا ترايبيا وقاع القرحة يكون  
 متكونا من طبقة رقيقة من المنسوج الخاوى تحت الغشاء المخاطي ومغطيه  
 للطبقة العضلية والغدد المساريقية يبتدى انتفاخها في التناقص عقب  
 انفصال الخشكر يشة الا انها تبقى عظيمة الحجم زيادة عن الحالة  
 الطبيعية مدة من الزمن ثم انه يوجد زيادة عن هذه التغيرات الاعتيادية  
 المذكورة التي تحصل في الغشاء المخاطي اختلافات عديدة نذكر الرئيس  
 منها بالاختصار فمنها احتقان الغشاء المخاطي وهو قد يرتقى في الدور الثاني  
 او الثالث الى درجة عظيمة جدا على الغدد المنتفخة وحولها فيصير الغشاء  
 المخاطي ذا لون اسمر مبرور عايم بقع كيموزية والادغ الثيفوسية تظهر

اسفنجية كثيرة الدم كأنها تولدات بوليبيوسية ومقتصل المهي يكون مختلطاً  
بكمية عظيمة من الدم ومنها ثقب المهي وهو عارض خطر يحصل في الذور  
الثالث اعني دور انفصال الحشكر يشة وذلك يحصل بالكيفية الآتية  
وهو ان الجزء المغطى للاجر به من الغشاء المخاطي ليس هو الذي يقع في  
التنكرز والموت فقط بل كذلك الاجزاء المقابلة له من الطبقة المصلية  
والعضلية وهذا الثقب يهقب بالتهاب يرتوني شديد جداً وقد تحصل  
التهابات يرتونية خفيفة في أثناء سير هذا المرض بدون ثقب معوي  
ويختلف أيضاً امتداد التغير التيفوسي في الغشاء الهضمية فتارة لا يكون  
مصاباً بالقليل من الغدد البيرية وبعض الاجر به المتفرقة وتارة  
يكون المهي اللفائي مرصعاً به في جميع اجزائه وفي مثل هذه الاحوال تكون  
شدة التغير المرضي متركزة نحو الصمام اللفائي الاعورى زيادة عما يحصل  
في الاجزاء العليا من المعى وفي بعض الاحوال تكون التغيرات المعوية على  
ادوار مختلفة بحيث ياتجهأ الى القول بحصول دفعات من تغيرات تيفوسية  
جديدة ولا يندر ان يصيب القولون انتغير المرضي التيفوسي (ويسمى  
بالتيفوس القولوني) وحيدة مذيع ترى الاجر به المتفرقة للقولون عين  
التغيرات التي تحصل في الغدد المتفرقة في المعى الدقيق ويمكن ان يمتد  
التغير التيفوسي الى المعى الصائم والجزء البوابي من المعدة (ويسمى هذا  
بالتيفوس المعدي) وحيدة تصاب تارة الغدد المتفرقة وتارة محال من  
الغشاء المخاطي الموازية لثنياته

والصفات التشريحية في مثل هذه الاحوال التي يحصل فيها الموت بعد انتهاء  
سير التغير التيفوسي في أثناء النحام القروح المعوية وزوال متهصلات  
التغيرات التيفوسية الاخرى تخالف غيرها بالكيفية من الصفات  
التشريحية التي سبقت ولا تقتصر هنا على شرح التغيرات التي تسبق  
النحام القروح بل نذكر أيضاً الاختصار ما يوجد من التغيرات في باقي  
الاعضاء سيما وان في هذا الدور قد تشاهد تغيرات تشريحية في بعض الاعضاء  
لا توجد في الاسبوع الاول من هذا المرض في جثة المهي لكن في الاسبوع  
الثالث أو الرابع من التيفوس أو في زمن متأخر عن ذلك فتكون المرضي في



حالة تهوكة عظيمة ولون الجلد باهتا وتيبسها الرمي قليلا والاحتمقانات  
الانحدارية اذا كانت الانيميا متقدمة تفقد ما عظميا قليلة أيضا وأما كل  
من الاسنان واللثة فيكون مغطى بطبقة مسودة وتوجد في غير يناسم وضعية في  
جزءا مجز والمدرور بين العظمين والمرفق - ين وهي عبارة عن فساد في الجلد  
وفي باقي الاجزاء الرخوة حتى يصل احبانا الى العظام وفي كثير من الاحوال  
يوجد في الاطراف السفلى أوذيم خفيفة وان كان أحد الشرايين الفخذية  
منسد ابسادة دموية دائية كالانتفاخ الطرف المسامت لذلك عظميا جدا  
وكثيرا ما توجد لطخ غشبية وبعض حويصلات دخنية وبثرات اكتمالية  
واحبابا توجد خراجات في المنسوج الخاوي تحت الجلد وبين العضلات  
او اورام نكفية ممتدة - وعند فتح الجثة لا تظهر العضلات حمرة بل باهتة  
ويفقد الدم المنحصر في القلب والاوعية الغليظة لونه القاتم ويكون مائعا  
ولا يندران يكون محتويا على مواد ليفية بكثرة اذا انضم للتيهوس التهاب  
احد الاعضاء - ولون الدماغ يكون باهتا وتوامه رخوا وانقط  
الدموية التي تسيل عند شقه تكون باهتة بحيث لا تخالف لون جوه  
الدماغ المبيض مخالفة عظيمة كما في الدور السابق - ويوجد في الرئتين  
زيادة عن الاحتمقانات الانحدارية التهابات رئوية قصيضية وفي تجويف  
البليورا احبانا نضج التهابي والقروح الخجيرية تزداد غورا بحيث تصل الى  
سمحاق العضروف قتهته وفي احوال اخرى قد يوجد التهاب في السمحاق  
العضروف في الخجيري بدون تقرحات في الغشاء المخاطي وجوه القلب يكون  
رخوا باهتا وكل من غشائه الباطن والطبقة الباطنة من الاوعية يكون  
مرتشها - ويتناقص انتفاخ الطحال فنكون محفظة منثنية وجوهها  
باهتا نوعا وكثيرا ما يحتوى هذا العضو على سدد دموية وكل من امتلاء  
الاوعية الغليظة والاحتقان الشعري لقاع المعدة يزول بزوال انتفاخ  
الطحال والقروح المعوية تكون في الاحوال التي حصل فيها الموت  
عضاعفات أخرى آخذة في الانحسام أو انحمت بالسكينة وقدين المعلم  
روكتة سكي شفاء القروح المعوية أو انهامها بقوله ان دائرة الغشاء المخاطي  
المنفصل المكون لحافة القرحة تتقارب شيئا فشيئا من دائرة القرحة الى

مركزها ثم تلتصق به وفي أثناء ذلك ينقص احتقانه وانتفاخه وتصير الطبقة  
الخلوية المغطاة للطبقة العضلية في قاع القرحة مبيضة اللون ثخينة ثم  
تستحيل الى ورقة مصلية يلتصق بها طرف حافة القرحة انصافا غير  
مدرك ثم يمتد الغشاء المخاطي على هذه الورقة المصلية شيئا فشيئا وكذا يمتد  
نحو مركز القرحة الا انه يسترق بسبب انجذابه وتمدده وعند ما تتلامس  
حواف الغشاء المخاطي ببعضها وتلتصق يكون التهام القرحة قد تم والندبة  
الالتحامية تكون انبعاجا خفيفا بسبب رقة الغشاء المخاطي وكثيرا ما تحتوى  
على أخاية بجمنتية كثيرة الملاسة زيادة عن الغشاء المخاطي المحيط بها  
وموشحة بقليل من الحمل والنشام القروح التيفوسية لا يؤدي مطلقا الى  
تضايق في المعاش ثم انه في أثناء التهام القروح المعوية تعود الغدد المسارية  
الى حجمها الاصلى الطبيعى بل لا يندران تضرر وتصير على هيئة جسيمات  
صغيرة سنجابية توهضة وبعضها يكاد لا يستحال الجبنية ثم يتكلس ولا يحصل  
شفاء القروح المعوية على الدوام بالكيفية التي ذكرناها فقد يتأخر شفاؤها  
ثم يتم وفي احوال اخرى يحصل في حوافها وقاعها تقرح يؤدي لتأكل  
أوعية دموية ونزيف معوي غزير أو تثقب في المعاش ويعسر علينا الحكم بان  
كان تثقب الطبقة المصلية في القروح المعوية المنفجرة ناتجا عن تقيع  
جوهر الطبقة المذكورة أو تنكززها أو عن تأكل الطبقة العضلية وتلاشيها  
أو انثقابها انثقايا ميكانيكيا والامر المعلوم من ان كلامنا التباعد عن  
التدبير الصحى والمؤثرات الميكانيكية كان ضغط مقصد البطن عند  
القي قد يسبق تثقب المعاش يظهر انه يدل على ان هذا التثقب للغشاء المصلى  
كثيرا ما يحصل بكيفية ميكانيكية وزيادة عن أثر التغيرات التيفوسية  
الحقيقية قد يوجد في جثة المالكين بهذا المرض في ادواره الاخيرة  
تغيرات تشرى بحية لالتهابات غشائية أو دفتيرية خصوصا في المعاش الغليظ  
وباقى اجزائه ومن النادر ان تمتد هذه التغيرات الاخيرة الى الحويصلة  
المرارية وبالجملة فلنذكر هنا أيضا انه قد يوجد التهاب كلوى كثير  
الامتداد أو قليله وسدد دموية ذاتية في الاوردة



### في الاعراض والسير

قد يسبق الابتداء الواضح لهذا المرض في كثير من الاحوال بطواهر مرضية غير ثابتة ولا محدودة تسمر بجملة أيام بل اسابيع وهذه الظواهر وان لم يستدل منها على نوع هذا المرض في ذلك الزمن الا انها مهمة في التشخيص بعد اتضاحه لانها في الحالة الراهنة تعين على تمييز التيفوس عن غيره من الامراض التي تحصل دفعة واحدة بدون ظواهر سابقة وذلك كالحساس بتألم عمومي مع السكابة والاضغاف العمومي والاسترخاء وفقد الشهية واضطراب الهضم والنوم بالاحلام المزعجة وكذا الاحساس بالرأس والدوار وآلام متهيرة في الاطراف التي تعتبر وياتر منبهة وقد ينضم لذلك رعاف متكرر وتسمثر هذه الظواهر بعض أيام او بعض اسابيع وابتداء هذا المرض الحقيقي يعتبر من الزمن الذي يحصل فيه في أثناء سير الظواهر السابقة نوبة قشعريرة كثيرة الشدة او قليلتها وقد تكون هذه النوبة ابتداء وان ندرت شدتها مثل نوبة قشعريرة الحيات المتقطعة او القشعريرة التي يبتدئ بها التهاب الرئوى وفي هذه النوبة غالباً يفقد الارتعاش وصكيك الاسنان ومع ان نوبة القشعريرة كثيرا ما تتردد فقد توجد احوال مجردة عنها بالكلية ومن هذه الحيشية يتضح عدم الوقوف على ابتداء هذا المرض بالسؤال من المرضى سيما الذين لا يعتنون بحالة صحتهم بحيث لا يعلم ان كان المريض في اليوم السابع من المرض أو الثامن أو الثالث عشر أو الرابع عشر الى غير ذلك ثم ان ادوار التغيرات التشرىحية التي يحدثها التيفوس في الغشاء المخاطي المعوي لا تكون مطابقة لادوار اكلينيكية واضحة بحيث يمكن ان يميز الظواهر المرضية التي تطابق دور الاحتقان ثم دور الارتشاح ثم تكون الشكر بشة ثم القروح المعوية تميزا واضحا وصف الصورة المرضية في كل دور من ادوار التغير المعوي وكذا الزمن الذي يمضي من أول نوبة قشعريرة لا يرتكن اليه في معرفة دور التغيرات التشرىحية التي يكون عليها التغير التيفوسي في الغشاء المخاطي المعوي وانما الذي يمكن القول به ان التغير التيفوسي

المعوى ينتهي في ظرف ثلاثة أسابيع أو أربعة وان الظواهر المرضية التي لم تنزل مع المريض تكون متعلقة بنتائج التفرح المعوى أو بالاصابات التابعة للتيفوس الحاصلة من التسمم التيفوسي بواسطة التغيرات الحاصلة في الدم أو الاعضاء المتعددة ولذا ميز الطبيب هرنيش دورين للتغير التيفوسي **كما ان المعلم** فوجسل ميزله نوعين أيضا من الاعراض وهما اعراض التسمم التيفوسي واعراض رد الفعل وكذلك المعلم جرسبير ميز لهذا المرض دورين اول وثانيا ونحن أيضا نقتفي أثر هؤلاء الاطباء ونجعل له قسمين من الظواهر المرضية وهما اعراض التغير التيفوسي واعراض تغيراته التابعة فالاولى تكون في الاسبوع الثالث أو الرابع الاول من هذا المرض والثانية في زمن انتهاء سيره

في الاسبوع الاول تصل حالة ضعف المريض وانحطاطه الى درجة عظيمة بحيث ان القليل من المرضى **يمكنه** ترك فراشه وتشتكي المرضى بألم في الرأس كثير الشدة أو قائلها وغالبا يكون مجلس الألم الجبهة وتشتكي أيضا بالألم في الاطراف متنقلة وطنير في الاذنين وشرر امام العينين ودوار يشتد عند جلوسهم في فراشهم أو المشي ويكون نومهم غير منتظم مضطربا باحلام مزعجة بحيث يسمع منهم ألفاظ عالية أو جعل تامة وفي انتهاء هذا الاسبوع **يكونون** متمتعين بالادراك في أثناء اليقظة وان لم يلتفتوا لما يحيط بهم ولا يردون السؤال الا ببطء مع السآمة ويشتد العطش وتفقد الشهية ويكون طعم الفم عجيبا أو مراريا بحيث ان كثيرا منهم يرغب في تعاطي مقيئ نوره مما منه ان معدته في حالة فساد واحيانا يحصل اسهال والغالب الامساك في الايام الاول ثم في انتهاء الاسبوع الاول يتردد اسهال جملة مرات في اليوم تنقذ به مواد برازية امارخوة أو سائلة بالكلية وفي احوال اخرى يكون البطن في حالة اعتقان جملة أيام بحيث ان غير المقرن من الاطباء يغتر في اعطاء المسهلات أو المقيئات التي هي فضلا عن كونها لا تشمر بكاد ينشأ عنها اسهال شديد يصعب إيقافه والاسهال الذي يحصل للمصابين بالتيفوس يكاد لا يصحح دائما بمغص وكثيرا ما يطرأ في الاسبوع الاول من التيفوس رعاف قليل متكرر يحصل به تلطيف في



ألم الرأس وفي غالب الاحوال يوجد فيه سعال مصحوب بنفث مخاطي يدل  
 على حالة نزلية في المسالك الهوائية التي يمكن اثباتها في الاسبوع الاول  
 بالعلامات الطبيعية - وأول الظواهر المدركة تغير هيئة المريض  
 العامة فانه مادام مستلقيا في فراشه يظهر وجهه متقداسا ووجهه  
 وعند جلوسه أو وقوفه مدة من الزمن يظهر باهتا يستدل من هيئته على  
 الانحطاط وينسدر ان ينغطي اللسان في الايام الاول بطبقة مميكة ويكون  
 رطباً عريضا وعلى جانبيه ميازيب ناشئة من انطباع شكل الاسنان عليه ما  
 وغالبا يكون مغطى بطبقة رقيقة مبيضة بشرية تبرز فيها بعض حلمات  
 على هيئة نقط محجرة مغطاة أيضا بطبقة لزجة من مواد مخاطية ويظهر  
 ضيقا مديبا في طرفه وتنفصل الطبقة البشرية الرقيقة عادة شيئا فشيئا  
 فيصير اللسان محمرا رطبا ملمس مغطى بطبقة رقيقة تميل الى الجفاف وان  
 ظهرت هذه الطبقة ابتداء كثيفة ملتصقة به فان انفصالها التدريجي  
 يكون من الامام الى الخلف ومن الجانبين الى المركز بحيث ان الطبقة  
 البيضاء المصفرة تحاط بحافة محجرة عرضية من اللسان واحيانا يبتدى  
 انفصالها من المركز بحيث يظهر في مركز اللسان جزء احمر ملمس مائل  
 للجفاف محاط بهالة بيضاء مصفرة رطبة وكثيرا ما يكون هذا الجزء المركزي  
 عرضيا من الامام ضيقا من الخلف بحيث يشاهد على سطح اللسان مثلث محمر  
 قاعدته نحو الامام وطرفه جهة الخلف محاط بالطبقة البيضاء المصفرة  
 المغطية لهذا العضو ومع هذا الاضطراب الغذاء المتخصص باللسان  
 وسطحه وتنقص الافراز الغمي فلم يمكن الملم فوجس عند البحث  
 بالسكر سكوب عن الطبقة المغطية للسان ان يشاهد فيها تكونات مخصوصة  
 والبحث باللسان والقرع لا يمكن اثبات وجود تغير مرضي في القلب ولا في  
 الرئتين وأما بالبحث بالسمع فتمتع في الايام الاول خراخري صغيرة أو شمخيرية  
 مختلفة الامتداد تكون ناشئة عن حالة نزلية في التفرعات الشعبية الرقيقة  
 وتضع هذه الخراخري في الايام الاخيرة من الاسبوع الاول والبطن  
 يسكاد في الايام الاول يكون على الدوام منتفخا متوترا شديدا حساسية  
 بالضغط عليه ولا يكون ازدياد الحساسية المذكورة بالضغط واضحا في

الحفرة الاعورية فقط بل فيها وفي القسم اليسرى والشراسيفي من البطن  
 أيضا وعند الضغط على القسم اليميني الخشلي يحس بالضغط يشبه  
 البقلاء كان له في الزمن السابق أهمية عظيمة في التشخيص ويسمى بالضغط  
 الاعوري وتمدد الطحال في انتهاء الاسبوع الاول يكون كثير الوضوح ووضع  
 هذا الطحال المتمد يكون مستعرضا عادة ويندر ان يجاوز حافة الاضلاع  
 ويكون ممدفا الى أعلا والخلف نحو العمود الفقري بواسطة المهي الممتدة  
 بالغازات ولذا كان من النادر الاحساس بالطحال بواسطة الجس بل  
 وفي الاحوال التي يمكن فيها ذلك لا يمكن الاحساس بحيط حافته السفلى  
 بسبب استرخاء جوفه ولكن ان استلقى المريض على جهته اليمنى مع وضع  
 يده اليسرى على رأسه شوهده عند القرع على الاضلاع السفلى من  
 الجهة اليسرى اصمية طولها ستة قراريط وعرضها أربعة موازية للضلع  
 الثامن والتاسع والعاشر وممتدة الى الخلف جهة العمود الفقري  
 وتمتد الى الامام نحو حافة الاضلاع ويندر ان تجاوزها ولا يمكن معرفة  
 تناقص هذه الاصمية وازديادها بقدر سنتيمتر واحد ونصف مع  
 التأكد ولو بالغ في ذلك بعض اطباء المشهورين في علم التشخيص  
 بالعلامات الطبيعية وكان تناقص هذه الاصمية أو ازيد يادها بمقدار قليل  
 غير مشكوك فيه وعلى الطبيب ان يلتفت الى كون ذلك لا ينشأ عن تناقص  
 حجم العضو وعظمه فقط بل عن تغير وضعه أيضا وقد تكون اصمية الطحال  
 المتمد تمدا عظيما قليلة جدا اذا كان ممدفا في تغير الحجاب الحاجز بواسطة  
 المهي الممتدة بالغازات بحيث لا يكون ملاصقا لجدار الصدر الا بجزء قليل  
 وكثيرا ما يوجد في الايام الاخيرة من الاسبوع الاول على القسم الشراسيفي  
 والاجزاء المجاورة له من البطن يقع وردية باهتة في حجم العدسة مر تفعة احبانا  
 ارتفاعا قليلا وأما الاعراض المهمة المدركة للطبيب فهي الاعراض الخمسة  
 فان درجة حرارة الجسم ترتفع في النيفوس البطنى ارتفاعا منتظما تدريجيا  
 بحيث تكاد تكون واصفة لهذا المرض فان حرارة المساء تكون أشد من حرارة  
 الصباح بقدر درجة حرارة صبيحة اليوم التالي تكون أقل من المساء قبله  
 بمقدار نصف درجة مثلا المرض الذي تصل الحرارة فيه مساء ٤٠ درجة



تكون في الصباح ٣٩ و ٥ خطوط وتصل الحرارة في مساء هذا  
اليوم ٤٠ و ٥ خطوط من درجة وقد لا ترتقي درجة الحرارة في انتهاء  
الاسبوع الاول زيادة عن ذلك لكن تكاد تنخفض درجة الحرارة دائما في  
الصباح عن المساء قبله بنصف درجة كما ذكره (وندرلش) واما سرعة  
النبض فانها تصل عادة في الاسبوع الاول من ٩٠ الى ١٠٠ غالبا  
وازيد في الدقيقة الواحدة وكل من سرعة النبض وارتفاعه لا يطابق على  
الدوام ارتفاع درجة الحرارة فانه زيادة عن ذلك توجد مؤثرات أخرى تؤثر  
على فعل القلب لا يمكن في جميع الاحوال ادراكها فمن المؤثرات نجد مثلا  
ان عدد ضربات النبض الواصلة الى عدد معلوم مدة نوم المريض في فراشه  
بالراحة ترتقي سرعته من ٢٠ الى ٣٠ ضربة في الدقيقة الواحدة  
اذا جلس في فراشه مدة من الزمن أو فعل مجهودات عضلية أخرى وحصل  
عنده تأثير نفسي بسبب ما واما صفة النبض في هذا المرض فان الموجهة  
الدموية تكون عظيمة فيه غالبا لكن الشريان يبقى في اثناء حركة  
الدياستول رخوا وكثيرا ما يحس بان الارتفاع الاول في الشريان يعقبه حالا  
ارتفاع اخر ضعيف يعني ان النبض يكون مزدوجا وهذا النبض المزدوج  
لا يختص بالتيفوش البطني فقط لكنه يكاد لا يشاهد بكثرة في غيره من  
الامراض ولذا يعتبر انه ذواهمية في تشخيصه ويحصل بالكيفية الاتية  
وهو ان الالياف القابلة للانقباض في جدار الشرايين يكون فعالا قايلا بمعنى  
انها تكون في حالة نصف شلالية وبالاقل يمكن ان يقال ان لم تكن جدر  
الشرايين محتوية على الياف قابلة للانقباض ومتكونة فقط من الياف مرنة  
لا بد وان يعقب النموذج الاول في الشرايين الذي ينشأ عن الموجهة الدموية  
توجد ثان واضح تابعي - والبول في الاسبوع الاول يكون تبعاً لشدة  
الحمى متر كزائر كزاعظيما اذا رزن نوعي متزايد (فيكون من ١٠٢٠  
الى ازيد) وكميته لا تنقص في الاحوال التي تسمت معاض فيها المرضي شدة  
الفقد الحاصل بواسطة التخيير الجلدي العظيم والافراز المعوي بالمشروبات  
المائية استيعاضا تاما كما ذكره المعلم فوجل وكذا ازدياد تكون  
البولينما الذي لاتضاهي نسبته كمية الاغذية الازوتية التي يتعاطاها

المريض يكون مطابقا لارتفاع درجة الحرارة اذ بذلك يكون التحليل  
 العنصرى للنسوجات قويا وهذا الازداد يزول بزوال الحمى في آخر هذا  
 المرض وبتناقص أقل مما في الحالة الطبيعية كتناقص حرارة الجسم  
 والكلوروريات القلوية تتناقص في بول المصابين بالتيفوس وتوجيه ذلك  
 أقل وضوحا من توجيه ازداد البولينا وذلك ينشأ عن قلة ادخال ملح الطعام  
 في المطعومات وعن تزايد اندفاع الكلوروريات القلوية في المواد البرازية  
 السائلة وكذلك يظهر ان تناقص هذه الاملاح في البول يكون ناشئا  
 عن بقاها في الدم الذي فقد جزأ عظيما من المواد الزلالية وعلى كل حال فكل  
 من ازداد البولينا وتناقص الكلوروريات القلوية ووجود كمية قليلة من  
 المواد الزلالية لا يعد من التغيرات الواصفة للتيفوس حيث انها توجد في  
 غيره من باقي الامراض المصحوبة بحمى شديدة ونضع غزير  
 وفي الاسبوع الثاني من التيفوس تشتمل على المرضي بألم الرأس والاطراف  
 الا ان الدوار يشتد وينضم لطنين الاذنين ثقل في السمع غالبا وذلك لا يكون  
 متعلقا باضطراب عصبي بل ناشئا عن امتداد التهاب الترنح التيفوسي للقم  
 والخلق الى بوق استاكوس وتجويف الطبلة وهبة الوجه تتميز بهمة ويزيد  
 عدم معرفة المريض لما حوله وتضطرب حالة الدماغ ويتكدر الادراك بالكلية  
 ثم تقع المرضي في حالة تنعس ونحدر لا يمكن ايقاظها منها الا بعسر مدة قليلة  
 ومع جفاف فيها العظم لا تشكى بعطش ولا تتطلب المياه لكن عند توجيه  
 قدح الماء الى فمها تشرب بشراهة عظيمة وكثيرا ما يضطر لايقاظ المريض  
 بالنداء عليه بقوة لاجل اخراج لسانه الجاف من الفم واحيانا اذا حصل  
 ذلك يغفل المريض عن ادخاله فينبغي ايقاظه والنداء عليه لاجل ذلك  
 ونحو انتهاء هذا الاسبوع يخرج البول والبراز بدون ارادة لان المرضي  
 لا تدرك التأثير بامتلاء المثانة والمستقيم ولا تقدر على قبض العضلات  
 المعاصرة بالارادة وكثير من المرضي من يكون مستلقيا على ظهره دائما في  
 الفراش وان وضع وضع جانبا يتبع كل من الجذع والاطراف حركة الثقل  
 بدون ان يكون للمرضي قوة على الاجتهاد في تغيير وضعهم ولو كان متعبا وانما  
 يستنتج من الحركة الاهتزازية للشفتين وبعض الالفاظ المنبهمه التي تهمهم



بها المرضى ان الوظائف العقلية لم تنطفئ بالسكينة ( وذلك يسمى بالحمى العصبية الحثيرية ) وآخرون من المرضى لا يدركون ما حولهم ويتزعون ملابسهم بدون ادراك ولا يجيبون عن سؤال ولا يتنبهون بأى منه كان ويظهر على سمعتهم انهم فى حالة احلام مضطربة جدا فيكونون فى حالة قلق مستمرة ويلقون القطاء عنهم ويخرجون احدى رجلهم من الفراش ويمتهدون فى القيام أو الجرى ويتلفظون بكلمات غير معقولة المعنى ويزعون عند امساكهم أو مخاطبتهم ( وذلك يسمى بالحمى العصبية التهيجية ) وما يستغرب ان مثل هؤلاء المرضى يفعل مجهودات قوية مستمرة لاجل اجراء التصورات المرضية القائمة بأذهانها وحيانا يتردد عليهم نوع مخصوص من انواع الهذيان الجنونية فيبقون حافظين لتصور مخصوص وحيث لم يدركوا ذلك يبقى عندهم نوع قزع وخوف مستمرة وتحذواك من التصورات الهذيانة سواء كانت مرتبطة بامر مخصوص أم لا - وكل من القلق والهيجان يشتد عندهم نحو المساء وفى اثناء الليل ويتناقص فى اثناء النهار وقد يتضخ هذا التبادل جدا بحيث ان حالة المرضى فى اثناء النهار تظهر بصفة الحمى العصبية الحثيرية وفى اثناء الليل بصفة الحمى العصبية التهيجية - ثم انه قد يوجد احوال يكون فيها عند المرضى امساك فى الاسبوع الثانى لكن الغالب ان يكون عندهم فى هذا الزمان اسهال من مواد مائعية مائية وعدد التبرز الذى لا يمكن الحكم منه على عدد القروح المعوية وانتشارها حيث لم يكن الاسهال متعلقا بها بل بشدة الالتهاب التزلى المعوى المصاحب لها وامتداده قد يصل فى اليوم واليلة الى ثلاث مرات أو ست غالباً وربما وصل الى عشرين فى النادر ولون المواد البرازية مع هيئتها يشبه شربة العدس التى لم يتحل الرقيق منه فيها بل يكون راسبا فى قاع الاناء وهذه المواد ذات خواص قلوية وربما احتوت على قليل من الزلال ولا يوجدها مواد ذات اشكال مخصوصة ولا عناصر كيميائية يمكن اعتبارها نوعية للتيفوس والطبقة السائلة السطحية من هذه المواد تحتوى على كمية عظيمة من كربونات النوشادر فلذا تكون ذات خواص قلوية واما الجزء الراسب من هذه المواد فانه يحتوى على بقايا

المطعومات وبعض مواد فاسدة واخلية بشرية وجسيمات مخاطية  
وتكونات عديدة من املاح فوسفاتية مثلثة القاعدة وندى صغيرة وكرات  
مصغرة غير معروفة المنشأ وكيفية الحصول معرفة تامة ويكون التنفس  
مرعاسطجيا واحيانا لا يوجد سعال ولا نفث ولو مع وجود نزلة عند في  
المسالك الهوائية وفي احوال اخرى يوجد سعال متكرر مصحوب بنفث  
غزير لزج مخاطي وفي الاسبوع الثاني تنغير ايضا العلامات المدركة فقلون  
الوحتين يصير امهر مجرا أو مزرعا والجفنان مفتوحين نصف انفتاح وفي  
الآفاق توجد مواد مخاطية جافة والمتحمة تكون محتقنة وطاقنا الانف  
ترايبتين وكل من الاسنان واللثة مغطى بمادة مخاطية لزجة مهيمة أو مسودة  
واللسان مغطى بطبقة مهيمة تسود في ابعدا باختلاطها بالدم الآتي من  
تشققات صغيرة في الغشاء المخاطي وينشأ عن هذه المواد العفنة المغطاة  
للسان رائحة كريهة نفاذة وتثقل حركات اللسان بالسكالية بحيث لا يتضح  
الكلام ويتعذر ازدراد المطعومات الصلبة بل ازدراد السوائل  
والبحث الطبيعى عن الصدر يكاد يدل في جميع الاحوال على تكافؤ متمد  
في الاجزاء المتحدرة من الرئتين وصوت القرع على جانبي العمود الفقري  
يكون أقل وضوحا وعند النسم على الظهر يحس بانغط تنفسى حوىصلى  
ضعيف أو غير محدود وخرخر فرقعية دقيقة ويندران يسمع نفخ انبوى  
ويسمع في باقى اجزاء الصدر خراخر عديدة واضحة - وينتفخ البطن  
انتفاخا طيليا بسبب التمدد الغازى في المعاء الذى لم يعرف توجيهه الى الآن  
واحساس البطن لم يزل مستمرا ومتزايدا عند الضغط وكذا يستمر وجود  
البقللة في الحفرة الحرقفية اليمنى في غالب الاحوال ويستمر انتفاخ  
الطحال بل ويزداد غير انه يندفع نحو الاعلى والخلف بواسطة الامعاء  
المتحدرة بالغازات والطفح الوردى يصير غزيرا ويمتد من القسم  
الشراسيفى الى الاطراف السفلى ثم الى الظهر وكثيرا ما تشاهد  
حويصلات رقيقة دخنية ومن الظواهر الجلية المدركة ان تكون درجة  
الحرارة في المساء مرتفعة من ٥ ٠ مئوية و ٥ ٠ خطوط من درجة  
الى ٤ ١ و ٥ ٠ خطوط أيضا ويصل النبض الممتلى قليلا الى الرخوالذى



كثيرا ما يكون من دوجا الى سرعة عظيمة بحيث يكون من ١١٠ الى ١٢٠ بل واكثر في الدقيقة الواحدة وفي كثير من الاحوال يحتوى البول على قليل من المواد الزلالية

وأما الاسبوع الثالث من التيفوس ففيه ضعف المرضى يرتقى الى درجة عظيمة جدا بحيث لا يكون لهم قدرة على الجلوس في الفراش فيتزخرون نحو الجهة المنحدرة منه ويسقطون وكثيرا ما يشاهد في عضلات الاطراف انقباض بعض الاخرمة العضلية ويسمى ذلك بالنفص الوترى ويرتقى كل من التنفس والتدر الى درجة عظيمة ويزل الهيجان الجنوني ويحل محله حالة خدر أى الكوما فتأخذ في الزيادة شيئا مشابهاً وبعض المرضى يفعل حركات ذاتية غير ارادية بايديهم وارجلهم كندف القطن وكل من البول والبراز يخرج بدون ارادة وقد تنشئ العضلة المضيقية للشانة فتتأني امتلاء عظامها وتصير الطبقة المغطية للسان واللثة كثيفة متشققة منتنة وما يتلفظ به المرضى مجرد ألفاظ خالية عن المعنى ويتعذر ازدراد السوائل زيادة عما تقدم ويرتقى كل من الظواهر المرضية في الصدر والبطن وسرعة التنفس والخراخر المخاطية والفرعية واصمية الظهر والاسهال والانتفاخ الطبلي للبطن الى أشد الدرجات وأما الطحال فانه لا يزداد انتفاخه بل في هذا الزمن ياخذ في التناقص وكذا الطفح الوردى فان لونه ياخذ في البهاتة وأما الطفح الدخني فانه يتزايد بل وفي كثير من الاحوال تظهر بقع غشبية وعند كثير من المرضى في هذا الزمن اهتئ الاسبوع الثالث يظهر في هذا المرض ايرتجاج لدية في قسم الجهاز ثم عقب انفصال الطبقة البشرية وجفاف الجلد العاري عن بشرته تظهر خشكر يشة تمتد في العرض والعمق وكذا يحصل في كل من حرارة الجسم وسرعة النبض ارتقاء في ابتداء هذا الاسبوع عوضا عن الانحطاط وفترات الصباح لا تكون واضحة وأكثر احوال التيفوس البطني المهلكة تكون في هذا الاسبوع والموت ان لم يطرأ بعوارض اخرى يحصل عقب وصول الضعف والانحطاط وازدياد الحرارة وسرعة النبض الى أقوى درجة بسبب اعراض اوديميا الرئة وكما كان اضطراب التنفس عظيما

كان حصول شلل القلب سريعاً - وأما في الأحوال ذوات السير الحميد  
 فإن الظواهر المرضية تأخذ في التناقص في وسط هذا الأسبوع فحالة الخدر  
 التي تسكون فيها المرضى مضطربة بأحلام مزعجة تنقلب بنوم صحي وبعد  
 استيقاظهم من النوم يظهر عليهم أنهم مدركون لما حولهم بعد أن كانوا  
 لا يلتفتون لذلك بالسكينة عند ارتقاء المرض ويعرفون من يخدمهم فينتقد  
 يكون أول نظر من المريض دال على إدراكه وتفكيره لما حصل عنده  
 بالتأمل من الاتجاه العظيم للشفاء ولو أن الخطر لم يزل باقياً وان العشم الذي  
 يترتب على هذه الظاهرة وغيرها من ظواهر التحسين قد يزول بالسكينة  
 وكما كان المريض في أثناء النوم الصعي مستريحاً كان رجوع الإدراك  
 أكثر وضوحاً فتبدأ المرضى بالتشكي من الغثغرينا الوضعية ويجنبون  
 ضغط الفراش على أجسامهم سيما على الأصفار المتقرحة ويميلون  
 للاستلقاء على جنوبهم ولا تخرج الفضلات منهم بدون إرادة بل يطلبون  
 بأنفسهم أثناء ذلك وتتناقص سرعة التنفس ويزيد السعال ويقوى النفث  
 فيخرج به المواد المتراكمة في الشعب وهي قليلة الأزوجة مصفرة ويتناقص  
 الأسهال ويحتوى على مواد برازية صلبة نوعاً وتزول هيئتهم المزرقرة الترابية  
 ويصير وجههم باهتاً وياخذ اللسان في الرطوبة من حوافيه وطرفه وتنفصل  
 عنه الطبقة المغشية له شيئاً فشيئاً ويتضح التسكك ويزول عسر الازدراء  
 للسوائل ويسمع في الصدر خراخرة رطبة وتزول الاصمعية التي على جانبي  
 العمود الفقري ويتضح اللغط التنفسي الخويصلي في هذا المحل ويتناقص  
 انتفاخ البطن الطبلي وكذا اصمعية الطحال ويفقد الطفح الوردى ومع ذلك  
 كله فإن الفرق بين حرارة الصباح والمساء تظهر جداً فإن الترمومتر الذي  
 ترتفع فيه درجات الحرارة مساءً من ٤٠ إلى ٤١ تنخفض صباحاً فتصل إلى  
 ٣٩ أو ٣٨ وأقل من ذلك وفيما بعد تصير درجة الحرارة مساءً  
 منخفضة أيضاً ومع ذلك تنحط سرعة النبض وإن لم تكن بنسبة درجة الحرارة  
 ويفقد خاصية ضربه المزدوج وهذا التحسين العمومي الذي يحصل في  
 الأسبوع الرابع بعد مكث الظواهر المرضية في الأسبوع الثالث على شديتها  
 قد ينتقل إلى حالة النقاهة بدون واسطة وانما بطء الانتقال يدل على بقاء



التغير التيفوسي لاسيما وجود قروح معوية وفي أحوال أخرى قد يكون هذا التحسين وقتياً فان الظواهر المرضية تتردد ثانياً وتهلك المرضى بظواهر الشلل القلبي والاختناق وبالجملة قد يعتب الأعراض السابقة ظواهر بطء شفاء القروح المعوية والتغيرات التيفوسية وما ينتج عن ذلك ومن الظواهر التي يغتربها الطبيب غير الممارس ازدياد الشهية ازدياد يصل إلى الكليية وستسلك فيما بعد على الخطر الناتج عن ذلك ويكاد شعر جميع المرضى المصابين بالتيفوس يسقط امكاناً كانت بصيولات الشعر لا يعترها اضطرابات غذائية مسخرة فعماداً قلبي ينبت الشعر ثانياً ويعود لاصله

ثم ان المرض التيفوسي قد وصفناه بالاجمال وصفاتنا ما لو اردنا ايضاح وصف كل تنوع يظهره هذا المرض في كل حالة من احواله مع التفصيل لخرجنا عن الموضوع فلنقتصر على شرح التنوعات المهمة التي تحصل في سير هذا المرض والعوارض الخطرة المهمة التي يهاين قطع سيره مع الاختصار فنقول يوجد ابتداء أحوال عديدة من التيفوس لا تتصف في الاسبوع الاول بقلّة اشتداد الظواهر المرضية ولا بظواهر أخرى مخصوصة الا ان هذه الظواهر في مثل تلك الأحوال لا ترتقي في الاسبوع الثاني إلى درجة عظمى جداً كما يشاهد ذلك في التيفوس الطبيعي الاعتيادي بل تتناقص شيئاً فشيئاً حتى تقطع بالكليية في اثناء الاسبوع الثاني أو الثالث ومثل هذه الأحوال يسميها المعلم ليبيرت بالتيفوس الاجهاضي وبالحميات التيفودية الاجهاضية وهذه التسمية أولى من تسميتها بالحميات الخفيفة والحميات شبه التيفوسية ونحو ذلك لان ما ذكر يدل على انقطاع في سير التيفوس الجيد وقصره ولا يقصد به نوع مرض مخصوص ولا حاجة لشرح الأحوال التيفوسية الاجهاضية ووصفها فانه يعد تكراراً لا طائل فيه بالنسبة لما تقدم وانما ننبه فقط على ان المتقدمين من الأطباء يعدون خطأ الحمى المعدية المسماة أيضاً بالحمى المخاطية من الأمراض التيفوسية الاجهاضية وعلى كل فينبغي اتباع النصيحة المنتشرة وهي انه لا ينبغي قطع الحكم بكون المرض تيفوسياً أو معدياً الا بعد اليوم التاسع من يوم المرض وهذه

النصيحة جيسة جسد فينبغي اتباعها وحيث ان العوام تعسر بالحمى  
 المعدية عن التيفوسية الاجهاضية وبالحمى العصبية عن التيفوسية  
 الطبيعية فمن الجيد التداوى على ذلك خشية الوقوع في الخطاء اذ انه ليس  
 من المهم عند العوام ربط الفاظ علمية قطعية - والترموهيتز كانه  
 في الاسبوع الاول هو الواسطة الاكيدة في تمييز التيفوس عن التزلة المعدية  
 المعوية اعني الحمى المعدية يكون كذلك هو الواسطة الاكيدة التي يرتكن  
 اليها في الاسبوع الثاني في التمييز بان كان المرض مكتسب بالسير التيفوس  
 الاجهاضي او الاعتيادي واما العلامات الاخرى فيمكن بسهولة ان يغتر  
 منها فان شوهد في اليوم الثامن او التاسع من المرض ان حرارة الجسم  
 لا تزيد بل تهبط والانهطاط في الصباح يكون عظيم جدا ساغ  
 القول بان التيفوس اجهاضي والاحوال التي ترتفع فيها درجة الحرارة  
 ثانيا نحو انتهاء الاسبوع الثاني وتنفتح بها الحالة المرضية التي  
 ذكرناها فيما تقدم تعد من النواذر العظيمة ونوم المريض في التيفوس  
 الاجهاضي يكون مضطربا في الاسبوع الثاني باحلام مزعجة بحيث يتكلم  
 حال النوم الا انه بعد استيقاظه يكون ادراكه جيدا وليس عنده الا  
 انهطاط قليل الواضح يذكرنا بحالة الثبات الذي يشاهد في الاشكال  
 الثقيلة من هذا المرض وكذا الظواهر الشعبية تكون قليلة الشدة والاسهال  
 اما قليلا او مفقودا بالكلية وهيئة المرضى تكون باهتة غير مزرقة  
 واللسان يظهر فيه ميل للجفاف الا انه غير مغطى بطبقة سوداء سمكية  
 ويفقد ثقل السمع او يكون بدرجة خفيفة جدا مثل اصابة الحلق  
 والانف التزلية ويكون البطن رخوا قليل الانتفاخ ويفقد كذلك كل من  
 البقلة الاعورية القولونية وزيادة حساسية البطن عند الضغط واصحية  
 الطحال تكون قليلة الامتداد ومن النادر مشاهدة قليل من الطفح الوردى  
 على القمم الشراسبي وبكون النبض صبا قليل السرعة جدا وكذا في  
 حالة استلقاء المريض على فراشه وفي الاسبوع الثالث او في انتهاء الثاني  
 تكون حرارة الجسم طبيعية صبا ولا ترتقي في المساء الا قليلا جدا ويبقى  
 اللسان رطبا وتعود الشهية وتزول الظواهر المرضية التي تشاهد في الصدر



والبطن سيما الاسهال وكثير من المرضى من يرغب في القيام من الفراش الا انه عند ذلك يحس بدرجة ضعف عظيمة اذا اراد المشي في اودته مثلا ولا تعود للمريض قوته الا ببطء وذلك يدل على ثقل المرض الذي كان معه ثم ان الرأي القديم المنتشر القائل بان التقرحات المعوية لا تحصل في التيفوس الاجهاضي ليس مبنيا على فعل صفات تشريحية لعدم اجراء ذلك في الاحوال الحميدة بل مبنى على سرعة زوال الاسهال وهدم العوارض المرضية التابعة للخطرة التي تطرأ عندما يكون سير التيفوس بطيئا لاسيما العوارض التي تنشأ من بقاء التهام القروح المعوية وامتداد التقرح الذي يعتريها

وهناك تنوع آخر يحصل في سير التيفوس البطني يختلف بالكلية عما ذكر ويسمى بالتيفوس السكام ومنه انما انه يوجد كثير من الاشخاص لا يكون عندهم من الاعراض المرضية الا درجة خفيفة جدا من الضعف والانحطاط مع فقد الشهية واسهال خفيف ويكون لهم قدرة على السعي في شغلهم بل والسفر ثم يلاحظون اما بطواهر التشعب المعوي أو التزيف المعوي وعند فعل الصفات التشريحية توجد عندهم قروح معوية عديدة مع لطخ معوية متفشكة وارتشاح ابي في الغدد المسارية وبعبارة أخرى توجد عندهم جميع التغيرات التشريحية للاصابة المعوية التيفوسية المتقدمة وليس لهذه الاحوال المرضية المخصوصة توجيه اخر بخلاف القول بان التسمم بالسقم التيفوسي في مثل هذه الاحوال لم ينتج عنه الا تغيرات موضعية معوية وان تغير الدم والتبادل العنصري فيها يكون قليلا جدا بحيث لا تحصل اضطرابات وظيفية أخرى واضحة

وكما ان كلامنا عن اضطراب العموي والجي في التيفوس السكام يكون قابل للوضوح جدا بحيث لا يلتفت اليه كذلك توجد احوال تيفوسية أخرى تنصف باشتداد حالة الاضطراب العموي لاسيما بارتقاء الجي الى درجة فائقة الحد وفي مثل هذه الاحوال يكون سير المرض مضطربا جدا بحيث ان حرارة الجسم ترتقي في الاسبوع الاول الى ٤١ او ازيد ودرجة النبض الى ١٢٠ أو الى ١٣٠ في الدقيقة الواحدة والمرضى تكون في اثناء

النهار في حالة تنفس عميق وهيئتها تدل على الخدر الشديد ويكون عندها في  
 اثناء الليل هذيان شديد جدا بحيث يعسر ضبطها في فراشها ويظهر عندها  
 النفثات الوترية بسرعة وحركة التدفيل وظواهر تشعبية احبانا وغالبا  
 تكون شدة الظواهر المرضية الموضعية بنسبة شدة الظواهر العامة فيصير  
 الاسار جامعا ويغطي بسرعة بقثور سوداء وكل من الظواهر الشعبية  
 وعلامات تكاثف الرئة والانتفاخ الطبلي في البطن والاسهال وانتفاخ  
 الطحال يرتقي في الاسبوع الاول الى درجة شديدة جدا يكاد لا يصل اليها  
 في الاسبوع الثاني عندما يكون سير المرض طبيعيا وكذا كل من الانحطاط  
 الشديد وانزلاق المريض في فراشه والتبعض الصغير غير المنتظم والنفس  
 السريع السطحي يظهر كذلك في انتهاء الاسبوع الاول او ابتداء الثاني  
 ومثل هؤلاء يهاكون بسرعة باعراض شلل القلب واوذما الرئتين وقد تنشط  
 الظواهر المرضية عند بعض المرضى بعد ان كان سير المرض في الاسبوع  
 الاول كثير الشدة والاضطراب فلا يظهر اختلاف واضح في الاسبوع  
 الثاني والثالث عن باقي سير التيفوس المعتاد وعلى كل فلا بد وان  
 يوجد بين الاحوال التيفوسية ذوات السير الثقيل الشديد والاضطراب  
 وبين الاحوال المتوسطة الشدة وبين الاخيرة والتيفوس الكامن تنوعات  
 شديدة لا يمكن التعرض لذكرها وهناك احوال عديدة تعتبر مدة اوسع  
 انها احوال حمى معدية أو مخاطية وتعالج على حسب ذلك ثم يتضح فيها  
 جفاف اللسان جدا وتنتهي بالشفاء بدون اضطراب عصبي دماغي فهذه  
 اشكال خفيفة من التيفوس الا انه مع ذلك لا يسوغ نفي رتبة الحيات  
 المعدية والمخاطية من كتب الامراض الباطنة وهذا وان وقع من بعض  
 المؤلفين الا ان ذلك لعدم مشاهدتهم للاعراض الحية المتسلطنة في غير  
 اوربا اذ في تلك البلاد يكثر وجود الحمى المعدية والمخاطية ويتضح  
 بالسكينة بل كثيرا ما تكون هي المتسلطنة في تلك الجهات واهم من الطفع  
 الوردى وانتفاخ الطحال في كل حالة راهنة ينبنى عليها التمييز بان كان  
 المرض تيفوسيا اعني تيمم اعاما او كانت الحمى متعلقة بنزلة معدية معوية  
 اصلية هو ارتفاع درجة حرارة الجسم جدا



وقد يحصل تنوع في شكل هذا المرض فيما اذا كانت الاصابة المعوية قليلة الوضوح جدا اعني اذا كان التسمم التيفوسي لم يصيب المعاء بالسكينة او كانت اصابته واهية وكان التسمم المذكور لا يحدث الا تغيرا في الدم فقط ويسير بهذه الكيفية وحيث ان تميز التيفوس البطني من غيره من الامراض التسممية الحادة ينبنى على الظواهر المعوية فالتشخيص في مثل هذه الاحوال غير ممكن بالسكينة فعلى الطبيب في مثل ذلك ان يفعل تشخيصا تقريريا بتبعيد ما عدا هذا المرض من الامراض التسممية العامة - وان فقدت الظواهر المعوية بالسكينة او كانت قليلة الوضوح جدا وكانت التزلة الشعبية كثيرة الشدة واصطبجت بطواهر شديدة نحو الرثة واحتقانات انحدارية فيها او التهابات رئوية واضحة نشأ عن ذلك حالة مرضية كانت تسمى بالتيفوس الرئوي أو الشعبي سيما اذا وجد بعد الموت ان الغدد الشعبية مرتشحة بمادة لبية ومن الواضح ان مثل هذه الاحوال التي فيها يتضح عند المرضى كل من اللون السيانوزي وسرعة التنفس وعدم الاشكال الخطرة جدا فان الحى الشديدة وان حصل بها تكون حمض الكرون في الجسم وازداد اذداد عظميا حصل صعوبة في انقضاء الجسم من هذا الغاز المضر باصابة الشعب والرئتين - وأما تكون القروح التيفوسية في الخنجر فانه لا ينوع اعراض هذا المرض تنوعا عظيما ولا يصطبب باعراض خاصة بحيث لا يسوغ القول بنوع تيفوسى مخصوص وتسميته بالتيفوس الخنجرى كما لا يسوغ جعل نوع مخصوص من التيفوس وتسميته بالتيفوس الشعبى أو الرئوي والقرحة التيفوسية الخنجرية وان لم يمكن معرفتها في الاسبوع الاول من هذا المرض بحيث انه يصادف وجودها في الصفات التشريحية تارة وتارة لا توجد فان هذه القرحة عند امتداد قرحها وتأخر التهامها تعد من العوارض التابعة المهمة في هذا المرض

وأما الاعراض الخطرة التي تطرأ على المريض في الاسبوع الاول من هذا المرض وتحدث انقطاع مسيره الاعتيادى فاهمها الثقوب والتزيف المعويان والرعاف الغزير الذي يحصل احيانا في الاسبوع الثانى أو الثالث

أما الثقب المعوي الذي يحصل في الأسبوع الأول من هذا المرض عقب  
تكون وسقوط الخشكر يشته في الغشاء المخاطي المغطى للطخ المعوية والطبقة  
العضلية والمصلية المغطية لها من الجهة الأخرى فإنه يؤدي لالتهاب  
بريتوني شديد جدا وحيث أنه قد يحصل التهاب التصاق في البريتون ينتج  
عنه التصاق المعوي المعوية ببعضها قبل حصول الثقب فالتهاب  
البريتوني لا يكون في بعض الأحوال عموما بل جزئيا والعلامات  
الابتدائية للثقب هي الألم الشديد جدا الذي يوقظ المريض من نومه  
العميق ويزداد إذا زاد عظميا باقل ضغط على البطن ومع ذلك فالمرضى  
تمبط هبوطا عظيما فجائيا وتغير منتهى ويصير النبض صغيرا والأطراف  
باردة ويطرأ الموت بعد أربع وعشرين ساعة أو ست وثلاثين بالظواهر  
التي بينها في أشكال أخرى من الالتهاب البريتوني الناتجة عن الثقب  
كما سبق ذكره والأمر المهم الذي يرتكز إليه في تشخيص الثقب المعوي  
هو خروج الغازات من المعو وانتشارها في تجويف البريتون وذلك يعلم من  
اندفاع السكبد إلى أعلا وبعده عن جدر الصدر وتناسق أصميته أو زوالها  
بالسكبه وبدون ذلك يحصل الشك في كون الالتهاب البريتوني حصل  
بواسطة الثقب أو بدونه

وأما التزيف المعوي الذي يحصل في الأسبوع الأول من التيفوس أما عقب  
تاكل في جدر الأوعية الدموية أو انفصال خشكر يشته منها  
أو يتمزق الأوعية الشعرية المحتلثة المتفتحة انتفاخا خاصة فجائيا بعد  
عمل اللطخ المعوية فإنه يظهر أن كان غزيرا جدا قبل خروجه مع  
المواد البرازية بالخطاط المرض الخطاطا كليا وبالخطاط درجة الحرارة  
انخطاطا فجائيا عظيما جدا ويرجع حالة الإدراك للمريض أحيانا  
وكثيرا ما يكون الفقد الدموي عظيما جدا لكن من النادر أن تهلك المرضى  
عقب حصوله طالابل هـ لا كهم عادة يكون بعد زواله والتيفوس قد يقطع  
أدواره لكن قوى المريض لا تكفي بحيث أن أغلب المرضى يهلك عقب  
حصول التزيف المعوي بمدة طويلة أو قصيرة بواسطة الجنى والاسهال  
المضعف المنهك



واما الرعاف فانه أقل خطر امن التزيف المموى ويحصل في الاسبوع الثاني  
أو الثالث من التيفوس وينشأ عن سوء قنية دموى حاد وكثيرا ما يحصل  
في الاحوال الضعفية الشديدة وقد يكون الرعاف غزيرا بحيث يلتصق الطبيب  
لسد الانف وفي مثل هذه الاحوال تضعف قوى المريض بالسكينة ويحدث  
غالباً بطن عظيم في المقاهة ولا يندران يحصل نزيف من اعضاء التناسل عند  
النساء اللاتي اصبن بهذا المرض بدون ان يكون في زمن الطمث والعمامة  
ولو اعتقدت أن ذلك علامة جيدة بحرانية الا أن حصول التزيف مهما كان  
مضر ولولم يكن غزيراً

وحيث ان كثيرا من المرضى المصابين بالتيفوس تحصل تقاهتهم ببطء جدا  
حتى ولو أخذت القروح المعوية في الشفاء والاتهام بعد انقطاع سير هذا  
المرض وزوال الحمى ورجوع الشهية بحيث يمضي هائهم في هذه الاحوال  
خسة اساييسع أوستة الى ان تتم النقاهة بالسكينة وتعود المرضى الى قواها  
الطبيعية فمن الواضح انه بتأخر شفاء القروح المعوية وبطء اتعافها  
واستمرار الحمى ولو خفيفة وغير متعلقة بالامساكة المعوية يقع المريض في  
خطر عظيم فيرى في مثل هذه الاحوال استمرار الحالة الحمية الضعفية  
اعنى الحمى الحاصلة عند انقضاء من وكن بعد شفائهم من التيفوس بحملة  
اساييسع فيبقى الدماغ مضطربا ولو بعد زوال الهذيان الشديد ويزداد  
ضعف المرضى شيئا فشيئا ويتكرر انزلاقهم في الفراش ولا يصبر اسانهم رطبا  
بل جافا ثانيا وتزول الظواهر الشعبية لكن ظواهر الاحتقانات الانحدارية  
في الرئة تزداد ويزول كل من انتفاخ الطحال والطفح الوردى الا ان كلا  
من الانتفاخ الطبلى البطنى والاسهال يستمر بدرجة واضحة كثيرا أو قليلا  
والغثغر بنا الوضعية في البهر تمتد وتأخذ في الغور وتؤدي لتهتكات ممتدة  
وكذا تظهر غثغر بنا وضعية خزا المدورين العظامين والنتوين المرققين  
أوعلى الركبتين ان كان استلقاء المريض على بطنه وتشاهد كذلك على جملة  
اصفار من الجسم المعرضة لضغط وقتي يقع نمشية أو كدمية وتزيد نموكة  
المريض ازدياداً عظيماً وتتغطى الجلد الباهت بعرق مضعف وكذلك  
الاعشبية المخاطية تصير باهتة اللون قليلة الدم وكثيرا ما تظهر انتفاخ

أو ذيماوى فى الاطراف أو انتفاخ أو ذيماوى عظيم فى اسدها ناتج عن سد  
ذاتية فى احد الاوردة الفخذية وكثير من المرضى من يهلك فى الاسبوع  
السادس أو السابع بهذا الشكل المنهك من التيفوس بعد اوصولت حالته  
الى هيئة ميكلية وفى احوال اخرى يزول الاسهال وتشفى القروح المعوية  
غير ان الغنغرينا الوضعية تكفى بانفرادها فى هلاك المريض فانه كثير الا يوجد  
فى الصفات التشريحية لاهالكين بالتيفوس هلا كما متأخر الا تهتك عظيم فى  
الاجزاء الرخوة مع تور فى العظام واثرا التحامية جديدة للقروح المعوية  
وكل من التهاب الرئوى والبايورى والتفرح النيكفى والالتهاب المعوى  
الدفتيرى والسكاوى وغيرها من العوارض التابعة للتيفوس التى تكلمنا  
عليها سابقا يتضح عند المرضى المنهوكين بعلامات مدركة للطبيب فقط  
لا محسوسة للمريض وكل من القشعريرة وارتفاع درجة الحرارة ثانيا  
يوقظ الظن بحصول احد هذه العوارض التابعة فيجئنا للبحث بالدقة عن  
حالة المريض - واما القشعريرة المتكررة وارتفاع درجة الحرارة ارتفاعا  
عظيما مع حصول انحطاط عظيم سريع فان ذلك يكون فى غالب الاحوال  
من الاعراض المتعلقة بالتسمم الصديدي للدم الناشئة عن امتصاص بعض  
المواد الصديدية من الاجزاء المتغنغرة واما حصول الم شديد فى الحنجرة  
ويجعة فى الصوت أو فقد ظهور علامات التضايق الحاد للحنجرة فانها  
تدل على التهاب سمعافى غضروفى - حنجري ناشئ عن امتداد القروح  
الحنجيرية فى الغور أو عن حصول هذا المرض حصولا ذاتيا كعرض تابعي  
للتيفوس ولقد كراخيرا انه قد يحصل تشعب المعالحيانا فى الاسبوع  
الخامس أو السادس ولولم توجد الحالة الضعيفة الحمية التى سبق ذكرها  
بل يكون حصول ذلك فى اثناء نقاهة واضحة وهذا التشعب ينشأ عنه هلاك  
المريض بسرعة واندر من ذلك حصولا ان يظهر فى هذا الزمن نزيف  
معوى ناشئ عن قروح معوية متأخرة فى الانقسام

وانتهاء التيفوس بالشفاء هو الكثر الحصول فانه يحصل فى أكثر من ثلاثة  
ارباع احوال هذا المرض ومع ذلك فقد توجد أوبية خبيثة للغاية كما أنه  
قد توجد أوبية من هذا المرض فيها يقل الموت ويحصل فى غالب الاحوال



في الاسبوع الثاني أو الثالث عند ارتقاء المرض الى اشد درجة ومع ذلك فقد ذكرنا انه يحصل في الاسبوع الاول في الاحوال التي فيها يكون سير هذا المرض ثقيلاً ومريعاً جداً كما انه قد يحصل في الاسبوع الخامس أو السادس في الاحوال المتأخرة الشفاء وقد ذكرنا جميع اسباب الموت عند شرح الاعراض ذكرنا كافياً

وفي أحوال أخرى قد ينتهي التيفوس بشفاء غير تام بمعنى انه قد يخلفه امراض تابعة سيما اضطرابات عصبية كالالام العصبية والشلل الموضعي وفقد الاحساس الجزئي والاضطرابات العقلية وقد يخلفه ضمور الغضاع أو الانيميا المستمرة ولا توجد تغيرات تشرىحية مدركة بها تتفق هذه الاضطرابات العصبية ومن الخطأ توجيه الانيميا والنوكة التابعة المستمرة بقلة تكون الدم الناتج عن تلاشي الغدد المعوية وانسداد العروق المسارية ولا يندران بظهور في اثناء نقاهة التيفوس الثقيل بل رثوي

### المعالجة

أما المعالجة الواقية فانها تستدعي في المدن العظيمة المتسلطن فيها التيفوس تسلطنا وطنياً فعمل وسائل صحية عمومية بها يمنع تطفل الارض بجواهر الانحلال المتعفنة وتشرى بها الهواء بالقلقل تقليل ذلك وقد اعطى في هذا العصر الاخير نصائح طبية لتجفيف رطوبة أرض المدن الناشئة عن تعفن المواد الحيوانية المساعده على انتشار جرثومة التيفوس والهيفة بواسطة مجمار صناعية فان تم هذا التجفيف وقل تعداد الاصابة بالتيفوس والهيفة كما قل تعداد أحوال الحميات المتقطعة والاصابة بها عقب تجفيف بعض الاجام كان ذلك من أجل الامور افتخار الماتحصل عليه علم قانون الصحة المستبعد المنشأ ثم انه يوجد بعض اطباء يشكون في عدوى التيفوس البطني وبالأقل يعتقدون عدم ثبوتها بالتأكيده ومع ذلك لا ينبغي الالتفات لهذا الزعم عند ما يكون الطبيب واقفاً بجوار المريض الذي نيط بمعالجته فانه يكفي في مثل ذلك ان عدم العدوى لم يثبتها أحد بل يلزم الطبيب مراعاة اجراء وسائل صحية بناء على ان عدوى هذا المرض كانت ثابتة بالتأكيده فينبغي ابعاد المرضى

عن الاصحاء وانما يؤذن فقط بان يخط بخدمة المريض المسكث بجواره كانه  
 ينبغي ابعاد الاصحاء المستغنى عنهم المريض من محل وجوده رأسا ان امكن  
 ذلك خصوصاً في المحل الذي تصكر فيه اصابة شخص آخر وبالأولى بجهة  
 أشخاص فقد شوه في العصر المتأخر أحوال محزنة من الاهمال فيما ذكر  
 ونتج عن ذلك هلاك جميع افراد عائلة واحد بعد واحد وبالجملة فينبغي  
 الاحتراز من صب المواد البرازية في المراحيض العمومية وكذلك ينبغي  
 ازالة عفونة تلك المحال بالتبخير وليس عندنا جواهر دوائية تبقى من التعميم  
 باسم التيفوسى

ومتى حصل التيفوس ساغ الاجتهاد احيانا في قطع سيره أو تلطيفه ومن  
 المعلوم ان هذه الغاية لا يتحصل عليها بالمقيثات ولا بالاستنقراغات  
 الدموية العامة التي كان قد أوصى بها منسائط ولا فان هذه الوسائط بدلا  
 عن نفعها تعود بالضرر الى سير التيفوس بلا استثناء ولا ينبغي للطبيب  
 اعطاء مقي من عرق الذهب الا في الاحوال الوحيدة التي فيها تكون المعدة  
 مشحونة بمواد غذائية غير منهضمة يقينا وفي غير ذلك يتوفى بالكلية فلا  
 يعطى المقي ولو توجهت اليه رغبة العامة وتطلبه كثير من الطبيب  
 وعكس ذلك يقال بالنسبة لاعطاء مقدار عظيم من الزئبق الخوف انه تبعث  
 لمشاهدات المعلم ونذر لش الاكيدة يكاد لا يشك في نجاحه في قطع سير  
 التيفوس او تلطيفه حيث قال هذا الطبيب انه يكفي في ذلك اعطاء  
 مرة أو مرتين خمس قمحات من هذا الجوهر في ابتداء المرض ولوان هذه  
 الاحوال نادرة كما ثبت أيضا انه في معظم الاحوال التي يعطى فيها هذا  
 الجوهر في أثناء الاسبوع الاول وقبل حصول الاهمال الغزير يحصل  
 أو لا تلطيف سير هذا المرض وتقصير مدته والتجارب التي فعلت في اكلينك  
 المعلم فيفرو وفيما جربناه بالاكلينك الخاص بنا تؤيد التجارب التي ذكرها  
 هذا الطبيب ولم يثبت بالتأكيدي ان كان التأثير الجيد لهذا الجوهر خاصا  
 بالتغير المعوى التيفوسى بمعنى انه يمنع تكون الحشكر يشة والتقرح أو انه  
 لا تظهر ثمرته الا في الاسبوع الاول قبل حصول التغيرات المذكورة وقد مدح  
 الطبيب ويلبرند في العصر المتأخر اليهود وقال انه نوعى في التيفوس



وبالجمله فما ذكره هذا الطبيب من النتائج الحسنه لهذا الجوهر الدوائى  
وكذا غيره من الاطباء ياخذنا لفعل تجارب جديدة باعطاء هذا الجوهر  
وان كان استعماله فى هذا المرض ليس حديثا وهذا الطبيب يوصى بحل  
خمسة دسجرامات من اليود وجرام من بودورا البوتاسيوم فى اربعة جرامات  
من الماء المقطر ويعطى من هذا المحلول من ٣ الى ٤ فى كوب ماء  
كل ساعتين ونص على انه بهذه المعالجة يحصل بعد يومين أو ثلاثة  
انحطاط ظاهر فى درجة الحرارة وعدم حصول اعراض عصبية وزوال الحمى  
فى أقرب وقت

وأما فى معظم أحوال هذا المرض فنقتصر فيما على تبديد المؤثرات المضرة  
عن المريض ومقاومة العوارض الخطارة وحفظ قواه بواسطة تدبير غذائى  
جيد فيجتردا ولا فى انقاعته لا تكون صغيرة جدا ان سهل ذلك  
مع الاجتهاد فى تغيير هواءها وتجديده فان الهواء الجيد النقي من أهم  
الامور للمصابين بالتيفوس ومثلهم لا يستريح البرد بسهولة كما يعتقد  
العامه ومع ذلك ينبغى تنظيم حرارة تلك القاعة بواسطة الترمومتر وحفظها  
فى درجة ١٢ أو ١٤ ريو مير ومن المعتقد فى الماتيا الشمالية ان  
وضع اناء مملوء بالماء أسفل فراش المريض يقيه من الغنغرينا الوضعية  
وهذه الوسطة وان لم يحصل منها على الغاية المذكورة الا انها تحفظ هواء  
محل المريض فى درجة مناسبة من الرطوبة و ينبغى الالتفات الكلى الى  
انتظام فراشه بحيث لا يكون غطاؤه ثقيلا جدا ولا ملاءة ثخينة ولا منشبة  
مطبوقة مع تغييرها هلى والملابس عند اتساخها ولا ينبغى الاهمال فى نظافة  
اجسام المرضى مدة سير هذا المرض وهذا التنبيه ضرورى ولو ان عاداته  
النظافة جدا فان من الناس من يخشى تعرية جسم المريض خوفا من  
ضرره أو يستحي هو من تعرية الجسم أو تنظيف البطن السفلى ولا سيما  
اعضاء التناسل عند تراكم بعض الافرازات عليها والاهمال فى هذا الشأن  
لا يمكن تداركه فيما بعد فان أدنى تميج ايرتماوى فى قسم الجفأ أو بقرب  
الشرج الذى يمكن تداركه بسهولة قد يوقع المريض فيما بعد فى خطر عظيم  
حيث انه يكون ابتداء الغنغرينا وضعية ممتدة وان صارت المرضى فى حالة

ضعف عظيم حتى لا يمكنهم تنظيف أفواههم ينبغي اجراء ذلك مع الاجتهاد  
ولو بواسطة منديل مبتل بالماء البارد أو ماء قلوى بارد وهو الاجود مع  
تبعيد المواد المخاطية اللازمة المتراكمة على الاسنان واللثة قبل ان تجف  
وتفسد فان ذلك يحدث راحة عظيمة عند المرضى ولو كانت في حالة خدر  
عظيم فيظهر على سمعتها الراحة من ذلك - وأجود المشروبات الماء  
العذب القراح أو القلوى وعند وجود اسهال فالاجود اعطاء مشروب غروي  
من الشعير أو الارز واما غير ذلك من المشروبات المضاف اليها عصير بعض  
الاثمار او الحوامض النباتية او الخبز المجفف على النار ونحو ذلك فان  
المرضى تبغضها بسرعة وينبغي للمرضى الشرب من ذلك جيد الاجل تعادل  
الفقد المائى الحاصل بواسطة كثرة التصاعدات البخارية الجلدية  
فهى وان لم تطلب المشروبات في الادوار الاخيرة من النفوس لفقد  
الادراك والارادة ينبغي اعطاءهم ذلك وكثيرا ما يحصل الخطا العظيم  
من الاهمال في ذلك من لم يحس خدمة المرضى ومن المسائل المهمة جدا  
في معالجة هذا المرض مسألة التغذية بمعنى انه هل يجوز اعطاء المريض  
الاغذية أو وضعه في حمية تامة وقد اختلفت اراء الاطباء في ذلك اختلافا  
عظيما فان معظم اطباء المانيا وفرنسا يزعمون ان اعطاء اغذية من امراق  
اللحم أو البيض أو نحو ذلك من الجواهر المغذية في الامراض الحمية مضر  
على العموم بلا شك فعند هؤلاء التدبير الغذائى الحى عبارة عن مجرد  
تعاطى الشربة المائية فقط واما اطباء الانكليز فانهم اعترضوا على من  
قال بذلك سيما اطباء المانيا بقولهم ان هذا التدبير الغذائى ومنع  
المرضى من تعاطى مواد غذائية تعرض جزئيات الجسم المحترقة امر مضر  
للعناية يترتب عليه كثرة الهلاك بهذا المرض ونسبوا لذلك قلة الموت به  
في بلاد الانكليز دون غيرها ويظهر ان لهذا الاعتراض اساسا حقيقيا  
وانى لنذكر على رؤوس الاشهاد ان تشاقل الحى الشديدة مع أى مريض  
بادخال بعض جواهر مغذية حيوانية كالابن والبيض واللحم مثبت  
بشاهدات دقيقة أكيدة ومن الجائز أن الاعتقاد الثابت القديم بحقيقة  
هذه النظريات نبع عنه ضرر عظيم فان ارتقاء فقد جزئيات الجسم وازدياد



التحليل العنصرى الى درجة عظمى في كل حالة حمية لا تنقض فيه ولا ابرام  
وليس هناك مشاق جسمية مهما كانت درجتها ينتج عنها نهو حركة الجسم  
واضح لاله مثل الحى فان هذه المشاق يمكن تحملها بلا ضرر لان الفقد  
العنصرى فيه يصير تعويضة يزداد اذ ادخال المواد الغذائية وتعاطيها بخلاف  
المصابين بالحى فانهم يملكون بالنهوك لعدم كفاية التعويض العنصرى  
وان نظرننا لخصوص المرض المذكور نجد ان حرارة الجسم تزداد فيه عن الحالة  
الطبيعية بجملة اسابيع وان الفقد العنصرى اعنى فقد جزئيات الجسم  
الناتج عن حركة التحليل يزداد اذ ياداعظيما فانه في الاحوال الجيدة  
نرى ان المرضى حال النقاهة يكونون في نهوك عظمية بحيث ينقص وزنهم  
عن حالتهم الاصلية عشرة اربطال بل عشرين ولا تعود لهم حالتهم الطبيعية  
الا ببطء وهذا مما يوقظنا الى اعطاء الاغذية المقوية كاللحوم الخ حيث لم  
يثبت أكيدا ان هذا التدبير ينشأ عنه ارتفاع الحى وربما يقال من جهة  
اخرى بالنأمل الصادق يظهر انه لا فائدة للمرضى في اعطاء الجواهر المذكورة  
اذ لم يمكن هضمها بل ذلك مضر ضررا يئنا فان المعدة اذا امتلأت بجواهر  
لا يمكنها هضمها اعتراها الفساد فينتج الغشاء المخاطى المعدى المعوى تبعا  
لذلك وقد ذكرنا فيما سبق ان هضم الهضم وفساده عرض ملازم لجميع الاحوال  
الحمية فان لم نعتبر هذه الحقائق وثلاثت لها بالكافية وغلب على الظن ان  
المصاب بهذا الداء يفرز كمية كافية من العصير المعدى لهضم قدر عظيم من  
الجواهر الغذائية الحيوانية لوجدنا انه عوضا عن زيادة قوى المريض  
تحدث عنده مضاعفة مرضية جديدة بها يزيد خطره

فيستنتج من جميع ما ذكر القاعدة العمومية المثبوتة بالتجارب وهى  
ان يعطى المصاب بالتيفوس البطنى قليلا من الاغذية المسائلة كاللبان  
أو الاغراق من اول الامر كلما استطالت مدته وازدادت نهو كته يجتهد  
في اعطائه مواد غذائية قوية غير انها قليلة الكمية ايضا على حالة سائلة  
وكما تقدمت النقاهة تزداد كمية هذه الاغذية وعند انطفاء الحى بالكافية  
او انحطاطها انحطاطا عظيما تعطى لهم الاغذية الحيوانية على الحالة  
المتساكة والاجود ان يبتدأ باعطاء اللعوم البيضاء حيث انها اسهل هضمها

وعند تقدم النفاه تعطى الأعوم الجرا وعلى الطبيب حينئذ ملاحظة حالة  
القناة الهضمية خوفا من طرور عوارض تابعة كالاسهال وغيره مما يخاطر  
بحياة المريض (واما اعتقاد عوام مصر بان النفاه من النوشة لا يبتدأ في  
تغذيته الا بلحم الارانب فتغير ضروري وانقياد الحكيم لهم في ذلك ليس  
الاجحارة لا اعتقادهم) وزيادة عن هذه الوسائط الصحية الغذائية ينبغي  
الا يسهل بنفسه ل جسم المصابين بالتيفوس بالماء الفراح البارد او الممزوج  
بالخل جزء منه على ثلاثة من الماء مع الكمادات الباردة الخلية على الرأس  
والاطراف وتغير بسرعة جدا لاجل تنقيص درجة الحرارة وهذه الوسطة  
ينبغي تكرارها مرارا مع الاحتراس التام بحيث لا تجزع منها المرضى  
فان تأثيرها جيد ومطف للغاية ومتى كان التيفوس ذا سير منتظم قليل  
الشدة يمكن الاستغناء عن استعمال جواهر دوائية ومع ذلك لا شك في  
ان استعمال كل من الماء الكوروري المخفف (المركب من اوقيتين من  
الماء الكوروري وست اواق من الماء المقاروب وضع في زجاجة سوداء  
ويعطى منه كل ساعتين ملعقة) وحض المورياتيك ممزوجا بصواع غروي  
(بان يؤخذ من حمض المورياتيك المركز قدر نصف درهم مع ست اواق من  
غروي السحاب او محلول الصمغ مع قدر اوقية من الشراب البسيط ويعطى  
منه ملعقة كل ساعتين) فان له ممانعة جيدة ملطفة في هذه الاحوال  
وحيث انه لا يجب معالجة مريض بدون اعطائه جواهر دوائية فالطرق  
المذكورة اوصى بها من قديم اولى من استعمال جواهر دوائية اخرى قوية  
التأثير ما لم توجد دلالات تقتضي ذلك وكذا يسوغ اتباع العادة القديمة  
من استعمال حمض المورياتيك في الاسبوع الثاني متى ازداد الاسهال  
والظواهر الشعبية غير ممزوج بمحلول غروي بسيط بل بمزيج خفيف  
من عرق الذهب (مركب من ثمان قحاحات من عرق الذهب على ست اواق  
من الماء) او على الكينا الخفيف في الاسبوع الثالث (بان يؤخذ نصف  
درهم من حمض المورياتيك على ست اواق من مغلي الكينا)  
ثم ان طريقة المعالجة المذكورة هذه تكفي في غالب احوال التيفوس غير ان  
هناك احوالا عديدة تستدعي طرقا علاجية قوية فانه لا يمكن تبعيد الخطر



المهدد للحياة المريض فيه الا باستعمال تلك الوسائط واعظم خطر يهدد حياة المريض في التيفوس البطني والطفحي وغيرهما من الامراض التيفوسية والتسممية الحادة ينشأ من شدة الحمى غير ان عندنا وسائط قوية جديدة التأثير تقاوم هذا الخطر فان خطر الحمى بالنسبة للمرضى يكون من دوا جانس جهة ارتفاع حرارة الجسم الى درجة زائدة عن الحد يودى لحصول شلل في القلب وبذلك لا يمكن استمرار الحياة ومن جهة اخرى يؤدى استمرار تكون الحرارة وتولدها عنى ازدياد الاحترق العنصرى ازدياد استمرار انهوكة الجسم وفي الامراض الحمية ذوات المدة القصيرة او المتوسطة كالحيات الطفحية الحادة والتيفوس الطفحي والبطني يكون الخطر الناشئ عن ارتفاع حرارة الجسم اعظم من الخطر الذى ينشأ عن ازدياد تولد الحرارة نفسها ومع ذلك فلا ينبغي اهمال هذا الاخير عند مضاربة الاول فانه يترتب على ذلك ضرر للمرضى بدلا عن منفعتهم ولا يخشى التحذير من ذلك قبل ذكر الطرق العلاجية التى تنقص درجة الحرارة والابصاء بها فى معالجة كل من التيفوس الطفحي والبطني وغيرهما من الامراض التيفوسية فان المعالجة بالماء البارد الخاصة بذلك استعملتها فى كايينكى قبل الاطباء الاثريين وتأييد نجاحها بمشاهدات كيدة وكنت قبل ذلك بعدة سنين اغلف المرضى بملاءت مبللة بالماء البارد لاجل تنقيص درجة الحرارة اذا وصل ارتفاعها لدرجة تخاطر بحياة المريض وتكرر هذه العملية فى كل عشر دقائق او عشرين حتى يتحصل على النتيجة و بعد ان اتضح لى مع التأكيده انه يحصل للمرضى تعب ومشقة فى تنقلهم من فراش الى اخر به كثرة استعمال عوص ذلك الحمامات الباردة العمومية لاجل تنقيص درجة الحرارة فانها اسهل استعمالا وتأثيرها الجيد مشابه لتأثير الاولى غير انها اسهل تحملا للمرضى بالنسبة لما ذكرنا فاعومع ذلك فلم يخف ما يحصل للمرضى بعد استعمال هذه الطريقة من انخفاض حرارة الجسم وبطء النبض وزوال اعراض الحمى والانهبوط الواضح الا انه يزول بسرعة وينتهى المرض بالشفاء التام غير انى شاهدت زيادة عن هذه الاحوال احوالا استمرت فيها درجة الانهبوط والهبوط زمنا طويلا بعد استعمال الحمام البارد و اعقب ذلك

الموت بسرعة فابقظني ذلك للتفكير في كوني هل احسدت منفعة للمريض  
او ازلت عنه خطر او اوقته في خطر اخر ولذا كان الاولى استعمال الحمامات  
الباردة في الامراض التيفوسية بالكيفية الآتية بان يغمس المريض  
ابتداء في حمام فاتر درجته نحو الثلاثين مئانية وتخفض درجته بالتدريج  
الى ان تصل الى ١٨ وتختلف مدة الجلوس في الحمام وتكراره بحسب الحالة  
الراهنه وذكر المعلم براندانه ينبغي في الاحوال الاعتيادية تكرار الحمام بالصفة  
السابق ذكرها في كل ثلاث ساعات مرة واحدة مع المداومة اياما واما الكثر  
ان لم تبلغ درجة الحرارة ٣٩ مئانية بوضع الترمومتر في المستقيم بعد الثلاث  
ساعات فلا مانع من تأخير الحمام وذكر المعلم المذكور انه ينبغي المبادرة  
باستعمال هذه الطريقة في الامراض التيفوسية متى احتاج الحال اليها  
لكن من المهم مع ذلك ان يتبصر الطبيب عند استعمال المعالجة بالماء البارد  
ويكررهابحسب الاقتضا في الاحوال غير الثقيلة جدا يكفي تكرار الحمام  
في ظرف ٢٤ ساعة من ٤ مرات الى ٦ وعند الاشخاص كثيرى  
الحساسية او الاطفال من الجيد ابتداء وضعهم في ماء فاتر غير بارد تكون  
درجة حرارته نحو ٢٨ ريومير ( كما قاله سمسن ) ثم خفض الدرجة  
المذكورة الى نحو ٢٠ او ١٨ بصب ماء بارد في الحمام شيئا فشيئا وكذا من  
الجيد عند شدة تأثير المرضي من البردان لا يستمر بالحمام بقدر ١٠ دقائق  
او ربع ساعة بل يكفي في ذلك استعماله بقدر ٨ دقائق او ٥ و اقل ما هناك  
ان يكون الاستعمال ابتداء في ذلك مع الهينة والطف حتى لا يفرع  
المريض من تأثره من البرد وذكر ليبرمايستر ان الزمن المهم في استعمال تلك  
الحمامات هو من الساعة السابعة مساء الى الساعة الثامنة صباحا وذلك  
لانه ان حفظت درجة حرارة المريض في اثناء زمن انحطاط الحرارة مدة  
من الساعات على درجة تقرب من الطبيعية يمكن الجسم ان يحفظ  
قواه في هذا الزمن حتى يمكنه تحمل ارتقاء درجة الحرارة زمنا قصيرا  
وهناك زمن ثان جيد لاستعمال الحمامات وهو وقت ساعات الزوال  
من الساعة الحادية عشر الى الساعة الثانية بعد الظهر وفي الاحوال  
التيفوسية الثقيلة المصوبة بارتفاع عظيم في درجة الحرارة بعدم خطاء



الطبيب السير الخطر لتلك الامراض ان لم يستعمل الحمامات الباردة فيها  
واما الاحوال الخفيفة التي لا يمكن استعمال هذه الحمامات فيها بسبب من  
الاسباب فينبغي ولا بد استعمال وسائط عوضا عن ذلك والعادة أن تعتبر  
درجة ٣٩ في الحفرة الابطية و ٣٩ و ٥ خطوط في المستقيم حدا فاصلا  
لاستعمال الحمامات المبردة وفي الاحوال الخفيفة وكذا عند المرضى الضعفاء  
البنية الذين لا يسوغ استعمال الحمامات لهم ينبغي نعو يضربها بلطف الجسم  
بملائات مبنلة بالماء البارد بعد عصرها فانما الطيف في التأثير والعمل عن  
الحمامات فانه طبقا للرأي لير ما يستتر ينتج عن تغليف الجسم المتتابع من ١٠  
دقائق الى ٣ تأثير مبرد كحمام بارد مدته ١٠ دقائق واما استعمال المكثبات  
الباردة على الجلود والرأس او قسم القلب والبطن فليس لها تأثير  
في تنقيص حرارة الجسم العمومية الا انها تحفظ الاعضاء التي اسفل منها  
من تأثير الحرارة المرتفعة جدا ومن المهم في الطب العملي عند العامة ان  
اجراء هذه الطريقة لا يصادف صعوبة عظيمة فانهم لا يفرعون من وضع  
المريض في حمام فاتر مثل ما يفرعون من تغليفه بملائات مبنلة بالماء البارد  
او غمس فيه او صب عليه ونحو ذلك والعوارض التي تمنع من استعمال  
الحمامات المبردة بالتدريج هي التزيف المعوي والحيض الذي يطرأ في  
اثناسير التيفوس بخلاف بعض العوارض الثقيلة والمضاعفات التي تحصل  
في اثناسير هذه المرض كالالتهابات الباطنة والاسهال الغزير والانتفاخ  
الطبيلى البطنى وكذلك الظواهر الانحدارية والعصبية فانها لا تمنع من  
استعمال تلك الحمامات بل انه في احوال شال القاب المهدد يمكن استعمال  
حمامات اقل درجة في التبريد قصيرة المدة مع اعطاء بعض ملاءة من نبيذ  
جيد اذ بذلك يمكن حفظ فعل القلب مع انتظامه زمانا  
وما عدا تنقيص درجة حرارة المصابين بالتيفوس بواسطة الماء البارد فاكثر  
الوسائط العلاجية استعمال الكينين ومزجياته وكثيرا ما مدح هذا الجوهر  
في معالجة التيفوس البطنى وتكرر الابصار به كما تكرر تركه فيه لعدم  
الحصول على العناية المطلوبة حيث لم يكن لهذا الجوهر تأثير خاص  
في سير الامراض التيفوسية سوى تلطيف درجة الحرارة وتنقيصها

فتي ارتقت في المصابين بالتيفوس زيادة عن ٣٩ وجب استعمال الكينين  
 بكمية صغيرة كما والجاري الآن دون ما كان سابقا فانه كان يعطى منه  
 من ٢٠ قمحة الى ٣٠ في ٢٤ ساعة والاجود ان يعطى منه من قمحة  
 الى اثنين كل مرة على حالة سائل مضافا اليه قليل من حمض الكبريتيك  
 المخفف واستعمال الكينين بهذه المثابة يمكن تنقيس درجة الحرارة بحيث  
 لا يضطر الى كثرة تكرار الحمامات المبردة وهذا جيد = وقد أوصى المعلم  
 وندرلش باستعمال الديجتالا أيضا في التيفوس البطني لاجل مقاومة الحمى  
 والتشنج الجيدة التي تحصل عاينها هذا الشهر الماهر في الاحوال  
 المعهودة بسرعة في النبض عظيمة وارتقاء مستمر في درجة الحرارة تلمحنا  
 لفعل تجارب بهذا الجوهر الدوائي فان تأثيره المضاد للحصى معلوم لدينا كما  
 ذكرناه في معالجة التهاب الرئوي وغيره من الامراض الالتهابية  
 ومثل الجوهر بن المذكورين في التأثير حمض الصفصايسك ولا سيما  
 صفصافات الصودا فانها استعمالا بكثرة مع النجاح في العصر المتقدم بمقدار  
 من ٥ قمحيات الى ٦ ويكرر ذلك بجملة مرات في النهار بل وبعضهم فضلها  
 على الكينين واستعمال هذه الجواهر لا ينافي المعالجة بالحمامات المبردة  
 ولا تقوم مقامها عند زيادة الحرارة على ٣٩ او ٣٩ ونصف  
 وزيادة عن الحمى فان اضطراب الاعضاء التنفسية كالنزلات الشعبية  
 والاحتقانات الانحدارية وهبوط الرئة توقع المريض في خطر عظيم متى  
 امتدت امتداد اعظم ما غير اننا لا نستطيع دفع هذا الخطر دون السابق  
 وما أوصى به بعض الاطباء من اعطاء مشروبات فاترة عند وجود نزلات  
 شعبية شديدة هي ضار عن الباردة فهي على نظريات لا مشاهدات في الطب  
 العملي فان الطبيب متى وضع يده على جلد المريض وأحس بحرارة لداعة  
 لا يخطر بباله دفع النزلات الشعبية الشديدة بواسطة منقوع فاتر من الازهار  
 الصدرية وأكثر الوسائط العلاجية استعمالا في النزلات الشعبية الشديدة  
 التيفوسية المحاجم التشريطية والجفاقة والوضعيات الفاترة أو الخردلية  
 أو المنقوعة على الصدر وتعاطى منقوع من عرق الذهب (سبع قمحيات  
 منه في ست أواق من الماء) أو منقوع البوليخالا (نصف درهم منه على ست



أواق من الماء) مع اضافة سائل اليونسون النوشادري (بقدر نصف درهم  
أو درهم على احدهذين المنقوعين) وجميع هذه الوسائط العلاجية  
لا تحدث تحسيدا قويا للمريض سوى المحساجم التشريطية والجمافة فكثيرا ما يتبع  
عنهم التحسين وقتي عدو أما المهيجات الجلدية فانها غالبا تكون ضرة ومنى احسن  
في الصدر بخراخر طرية ولم يخرج منها شيء بالنفث ينبغي اعطاء زهر الجياوى  
(من قمحين الى أربعة) فان لم يتغير هذه الواسطة يعطى مقيي فانه ان كان  
هناك واسطة علاجية نافعة في دفع الخطر فهي هذه ولا بد ولاجل تجنب  
امتداد الاحتقانات الانحدارية ينبغي منع المريض من الاستلقاء على ظهره  
دائما بل ينام على الجنبين مع التناوب غير انه يتأسف على عدم امكان  
اتباع هذا الامر زمانا طويلا وأمام معالجة الهبوط والالتهاب الرئويين  
فلتراجع في معالجة النزلة الشعبية وعند وجود رعاف غزير لا ينبغي ضياع  
الزمن بالاستنشقات القابضة والحوامض المعدنية والوضعيات الباردة  
على الجهة بل يسرع في اجراء سد الانف الجزئي بواسطة كرة من القطن  
مغموسة في محلول خفيف من فوق كاورور الحديد في جهة احدى الجهتين  
معا وهذا يكفي في غالب الاحوال وأما ان كان التزيف غزيرا جدا ولم تكف  
هذه الواسطة وسال التزيف من الفصحات الخلفية للخيماشيم وجب فعل السد  
الثام بواسطة خمس بلاوك وشرح ذلك منوط بفن الجراحة وأما الظواهر  
المعوية فمنها الاسهال فان كان خفيفا فلا يحتاج لمعالجة مخصوصة والاوجب  
استعمال القوايض سيما محلول الشب (درهم منه على ست اواق من الماء)  
أو التمين (من جرام الى نصف درهم على ست اواق من الماء) ويضاف لذلك  
الصبغة الافيونية (من جرام الى نصف درهم) وأما الزحير المتكرر المؤلم  
فالا جود فيه استعمال الحقن النشوية المضاف اليها قدره ١٢ نقط أو ١٢ من  
الصبغة المذكورة وعند حصول تمدد طبعلي عظيم في البطن يمكن الاجتهاد  
في اخراج الغازات المحتبسة في المعاء بواسطة الحقن المفككة أى الطاردة  
للغازات كالمركبة من ٨ اواق من منقوع البابونج ونصف درهم الى درهم من  
صبغة الحلتيت مع ذلك البطن بجوهر بلغمي طارد للغازات أيضا كالدلك بزيت  
البابونج المضاف اليه بعض نقط من عطر اليونسون او المريمية أو الوضعيات

الباردة على البطن او الحقن الباردة فان لم تثمر وازداد الانتفاخ الطبلي  
 للبطن وخيف من الاختناق وجب استفراغ الغازات بواسطة أنبوبة صرنة  
 كالجس المروي بادخاله من الشرج وعند حصول انزفة معوية غزيرة ينبغي  
 وضع مكدرات باردة على البطن أو جليدية مع التكرار بسرعة جدا ويعطى من  
 الباطن الشب محلولاً في مص للبن وكذا عند حصول الثقب المعوي من  
 الجليد أيضاً استعمال المكدرات الباردة على البطن لاسيما تعاطى الافيون  
 بمقدار عظيم متكرراً مع الجسارة بان يعطى منه قدر قهوة كل ساعة أو ساعتين  
 مع استعمال جرعات صغيرة من الماء الجليدي أو ازدراد قطع صغيرة من  
 الجليد تقاوم العطش الشديد وعند ظهور اعراض التهاب بريتوني ليس  
 ناشئاً عن ثقب معوي يفضل استعمال المكدرات الباردة على البطن عن  
 ارسال الحلق = وعند شلل العضلة المضيق للسانة (وكثيراً ما يهمله الاطباء  
 الغير المتمرنين) ينبغي استفراغ المثانة بواسطة القسطير مرة أو اثنتين كل يوم  
 وقد ذكرنا فيما تقدم انه بالنظافة والغسل بالماء البارد والاستحمام به مع الدقة  
 يمكن تجنب حصول الغنغرينا الوضعية فتي ظهرت العلامات الابتدائية  
 لا يرتما ينبغي حفظ الاجزاء المحمرة من الضغط بواسطة وضع مخدات مرنة  
 مملئة بالهواء وغسلها بماء جولا رأ وبالنيذ المخفف أو العرق وينبغي تغطية  
 الاصفار المتسلخة بمرهم صاصي أو خارصيني أو مرهم التنين (اعني المرهم  
 المضاد للغنغرينا الوضعية للطبيب أوتنريد) مع مسها بالجر الجهنى خفيفاً  
 وان حصل فقد جوهر عظيم وكان قاعه ومخارجه معالجته على حسب  
 قواعد الجراحة بواسطة الضمادات الفاترة والمرهم المنبهة المضاف اليها  
 الراسب الاحمر أو نترات الفضة أو هو الا جود بمحلول مخفف من حمض  
 الفينيك وان حصلت خراجات متعددة وجب المبادرة بفتحها وان تكرر  
 حصولها في اثناء النقاهة وكانت حيوية الجلد والمنسوج الخلوي ضعيفاً  
 جداً وجب استعمال الحمامات العطرية الحديدية وان انحطت قوى المريض  
 ولو مع غاية الاحتراس وصار النبض صغيراً وارتقى الانحطاط الى درجة  
 عظمى يخشى منها وجب اعطاء النيذ الاحمر مع الجس لاسيما نيذ مداير  
 أور دو أو البوزة القوية كما ذكره (فيقر) وليس ثم جوهر دوائى منعش أو



مقوله تأثير جيد من النبيذ القوي أو الشهيا نيسا والقول بان استعمال  
المشروبات الروحية يزيد في الحى لاساس له فسلالاته اليه وانما ينبغي  
الاهمال الى ان يحصل الانحطاط السكى حتى يجمع باستعماله بل يبادر في  
الاحوال التي فيها شاهدان المرضى وقعت في درجة ضعف عظيم في ابتداء  
الاسبوع الثالث أو انتهاء الثاني باعطاء قدر كاف من النبيذ الخفيف  
لاجل حفظ قواهم

وبالجملة ينبغي التيقظ السكى لتدبير غذاء المرضى فان عدم من يهلك اثناء  
النقاهاة من التيفوس عظيم اما الاهمال الطبيب في حمية المرضى فيما يعطى  
لهم من الماء كل أى في ترتيبها وتخصيصها وتقديرها ويكفون ذلك خطأ من  
الطبيب أو عدم اتباعهم لما أوصاهم به والاجود في ذلك تكرار نوب  
الطعام مع اعطاء قليل منه كل مرة حتى يمكن هضمه بالاصارة المعدية  
المنفردة بكمية قليلة في اثناء النقاهاة وينبغي تجنب الجواهر الغذائية التي  
يتكون عنها مواد برازية بكثرة فان أقل تلبك في المضم أو اسهال ضعيف  
أوفى وخفيف قد يكون عرضا خطرا للغاية اذ قد ينشأ عن ذلك تشقب في  
القروح المعوية التي لم يتم التهامها

\*(المبحث العاشر)\*

(في التيفوس النكسي المعروف بالحى التيفوسية الراجعة أو المترددة)  
في كيفية الظهور والاسباب

التيفوس النكسي من جملة الامراض النهمية الحادة التي لا يشك في  
انتشارها وسريانها بالعدوى وان لم يمكن الحكم مع التأكد على سريانها  
بمحض العدوى كما ذكرناه في الامراض الطفعية الحادة كالحصبة والقرمزية  
والجدري وانه لا يصاب احدها الا بالعدوى فان هناك أمورا تدل على ان  
الجوهر المعدى للانسان المحدث للجسموع اعراض هذا المرض لا يكون  
متولدا في جسم المريض فقط فيعدى غيره بل قد يتم كون خارجا من الجسم  
البشرى أيضا عند وجود اسباب مساعدة على ذلك والامر المعلوم من ان  
هناك بعض أقاليم طبيعية أرضها تؤدي اظهور الميازما المحضة  
أو الماريا اي السم الاجامى تنتشر فيها على الخصوص اوبية هذا المرض

ينبغي بالسكينة انتشار هذا المرض بمجرد العدوى وعلى الخصوص يقال ذلك مما ثبت بالتجارب من انه لا يندرج ظهورا وبية هذا التيفوس في بعض الاقاليم أو البلاد التي لم يشاهد فيها هذا المرض من منذ سنين متى حصل قحط في تلك الجهات واضطر الشخص لتعاطي الاغذية الرديئة المتفسدة لقلة الاغذية الجيدة ومن جهة أخرى يوجد بعض أمورنا في تكون هذا المرض وانتشاره بالسكينة السابقة والاستدلالات التي استنبطنا منها فيما سبق ان الاصل المعدى لجميع الامراض التسممية الحادة عبارة عن جسيمات آلية دنيئة جدا تنطبق أيضا على التيفوس النكسي وهذا وان كان جائزا يعسر علينا القول بان هذه الجسيمات الآلية التي تتكون وتتكاثر في الجسم الانساني يمكن تكوينها وتكاثرها أيضا خارجا عنه عند وجود شروط مخالفة لما سبق بالسكينة

ونحن نقول ان النظريات الآتية (التي لا يمكننا اثبات حقيقتها) معول عليها فان جميع الحقائق المعروفة في الامراض التيفوسية وكيفية تكوينها ومنشأها يطبق على هذا النوع من التيفوس ولا يمكن انكار المشابهة التامة بين انتشار هذا التيفوس ومجموع الاعراض التي تسببه وبين انتشار باقي أشكال الامراض التيفوسية واعراضها التي سبق الكلام عليها ومن جهة أخرى توجد بعض أعراض تدل على اختلاف هذا المرض عن بقية أشكال الامراض التيفوسية وقربه ومشابهته للجسيمات المتقطعة وكل من هذه المشابهة والتجارب المثبوتة بانه لا يوجد أدنى برهان يثبت ان مريضنا مصابا بتيفوس بطني أو طفحي قد اعدى شخصا آخر بالتيفوس النكسي والعكس بالعكس الجأ اغلب المؤلفين لاعتبار هذا المرض نوعا ثالثا من الامراض التيفوسية وما يشاهد من انه بعد تسلطن التيفوس البطني أو الطفحي زمنا طويلا قد يظهر هذا المرض مع احدهما أو بعده لاسيما ان شوهد ذلك في البقاع المتسلطن فيها الشروط السابقة ذكرها بوجه مما سنذكره وهو ان الجسيمات الآلية الدنيئة الناشئة عنها الاصل المعدى للتيفوس البطني أو الطفحي يعثر بها تنوعات بتأثير الاجام أو تعاطي المواد الغذائية المتفسدة على الجسم بمعنى انه يتكون



نوع جديد من هذه الجسيمات أي أصل معد جديد قريب من السابق ذكرها وليست مما تلاحظه بالكلية

وتحتمل قول أن تاريخ الاوبية المتكررة على مدا الزمان يؤيد مذهب دروين بالنسبة لمنشأ أنواع مرضية عديدة جديدة فانت لا تشك في تكون أمراض سمية بنائية على توالي القرون وظهور أمراض من هذا القبيل بدلا عما كان متسلطا قبلا فانت في كتب الاقدمين من الاطباء نجد شروحات عجبية دقيقة على كثير من الاشكال المرضية التي يعسر معرفتها وتمييزها عن بعضها بالكلية ولولا ذلك لما خفي على أبي قراط معز كاء عقله واستنارته شرح مجموع اعراض الحصبة والقصر مزوية والتيفوس البطنى ونحو ذلك من الامراض التي هي الآن كثيرة الانتشار لو كانت متسلطنة في زمانه وفي وطنه ومتى قلنا بحقيقة هذا الرأي واعتبرنا ان الامراض المعدية متعلقة بتقادم الجسم بواسطة جسيمات آلية دقيقة الدرجة جدا لزمنا القول أيضا عند ظهور أمراض تسممية عامة جديدة بتكون أنواع جديدة أيضا من هذه الجسيمات الآلية الدقيقة وهلا يقال ان تنوع اوبية مرض واحد واختلاف خبثها في الازمنة المختلفة والتنوعات الخصوصية التي يكتسبها بعض الاوبية يمكن توجيهم مع الايضاح بتنوعات قليلة وثقلات تدريجية في الاشكال المختلفة من الامراض التسممية الى تنوعات اخرى متقدمة من الجسيمات الآلية الدنية المعبر عنها بالأصل المعدى الآلى

ثم ان الامور المساعدة على ظهور هذا المرض هي عين الاثرات المعينة على ظهور باقي الانواع التيفوسية وتفسيرها من الامراض المعدية كالقفر والحرمان والحرابات والقحط وعدم النظافة والمخاف في اماكن ضيقة والهواء الردي ونحو ذلك وهذه الاثرات المضررة لا تعتبر كباقي الامراض الوبائية سببا اصليا لهذا المرض بل تعتبر اسبابا مساعدة على فوجر ثومته المرضية وانتشارها فان السبب الاصلى لهذا المرض اصل معد ينشأ في جسم المريض والحامل له فطر ينشأ من الفصيلة البكتيرية الحلزونية كما استكشفه اوبرماير (ويسمى بالاسبيروشيتي لاوبرماير) وهذا الفطر يشاهد بالمرسكوب مكوتا لاخيطه حلزونية عرضها ٠.٠٠٠ مليمتر وطولها من ٠.٢ الى ٠.١٥ .

ملايمية وهذه الاخيلة تشاهد في الدم الحديث محدثة لمركبة رحوية  
سريعة تزول متى برد الدم وانجمد

ثم ان الاستعداد للاصابة بالحمى التيفوسية النكسية يظهر انه كثير  
الانتشار جدا واقل ما هناك ان اوبية هذا المرض تمتد امتدادا عظيما وقد  
شوهه بجملة امراض اصابة جميع سكان الاماكن ولو العظمى المعرضة لتأثير  
الاصول المعدية من هذا المرض بالحمى التيفوسية المذكورة ولا يوجد  
طور من الحياة مصون عن الاصابة بهذا الداء غير ان اغلب الاصابة به  
تحصل في سن الشبوية والكهولة ولا ينكر التأثير المهني للاماكن  
الرديئة والاعذية غير الكافية بحيث ان اغلب من يصاب بهذا المرض في  
مدة تسلطه تسلطنا وبائسا هم الفقراء وان كان يظهر ان الاغنياء  
ليسوا مصونين عنه بالكلية وكثيرا ما تصاب اطباء به سيما خدمة  
المرضى الملاسين لهم بكثرة والاستعداد للاصابة بهذا المرض لا ينطفيئ  
بالاصابة به اول مرة كما في باقي الامراض التيفوسية

### الصفات التشريرية

من الصفات التشريرية التي فعلت في احوال وباء المرض المختلف الشدة  
والخبط ومن الاعراض التي شوهت مدة الحياة اتضح ان تسمم الجسم  
بالاصول المعدية للحمى التيفوسية النكسية لا يؤدي فقط لحصول حمى  
شديدة ذات سير مخصوص بل كذلك يؤدي لتغيرات مرضية في اعضاء  
مختلفة كالطحال والكبد والكليتين والفخاع العظمى وهي عبارة عن  
اضطرابات دورية وتغيرات غذائية جوهرية تزول بسهولة واما في الاوبية  
الخبثة اعني عند تأثير الاصول المسم من هذا المرض تأثيرا شديدا فانه  
يحدث في الاعضاء المذكورة تغيرات مرضية جوهرية ثقيلة مكتسبة  
لشكل التهابات جوهرية او تقيحية ثم ان الاضطرابات الغذائية الناشئة  
عن هذا المرض لا تكون ذات وصف مخصوص كما يشاهد في غير هذا المرض  
من اشكال الامراض التيفوسية ولا تختلف عن غيرها من الاضطرابات  
الغذائية الناشئة عن اسباب أخرى

وجثة الهالكين بهذا المرض تحفظ التيسر الذي يحصل بسرعة



زمن أطول ولا لون الجلد يكون أصفر قليلا وقد يكون برتقانيا واضحا بالكلية  
وفي المحال المنحدرة من الجسم يوجد احتقانات انحدارية مرمية ممتدة  
ولا تكون العضلات داكنة اللون كما يشاهد ذلك في غير هذا المرض من  
الامراض النيفوسية وعند البحث عن الالياف العضلية بالمكروسكوب  
يشاهد في أحوال كثيرة انها مكابدة لاستحالة مرضية متقدمة كثيرا  
او قليلا فتظهر داكنة متعكرة وحزوزها المستعرضة قليلة الوضوح وممتلئة  
بمادة حبيبية دقيقة جدا تزول بإضافة قليل من حمض الخليك اليها ومع ذلك  
فإن كلاً من الحزوز المستعرضة والمستطيلة للالياف يزول وهذه الاستحالة  
لا توجد فقط في العضلات التي كانت تجلسا لآلام شديدة مدة الحياة بل ولا  
التي كانت أكثر وضوحا فيها من غيرها فانها ان وجدت تكون ممتدة في جميع  
عضلات الجسم ولون الدم في الاحوال الحديثة يكون داكنا او احمر كرزى  
ولا يحتوى الاعلى قليل من التعقدات الليفية وعند امتداد هذا المرض  
امتدادا طويلا يكون الدم مائعا فاقد الخاصية الانعقاد وقد وجد هيدن  
رايش في الدم جسيمات عضوية اولية معتريها الاستحالة الشحمية او غير  
متغيرة واخلية محتوية على جسيمات دموية ونويات متشعبة وجميع ذلك  
ليس خاصا بدم المصابين بالنيفوس النكسي بل كذلك توجد في دم  
المصابين بامراض تسممية أخرى وامراض التهابية واما الترسبات  
الخاصة المحتوى عليها دم المصابين بالنيفوس النكسي المعروفة  
بالاسبير وشيتي فقد تقدم الكلام عليها

وكل من الدماغ والسحايا يكون كثير الدم جافا في الاحوال التي يحصل فيها  
الموت عند ارتقاء هذا المرض الى اشد درجة والجيوب الدماغية تكون فارغة  
واما ان كان في الدور الاخير من هذا المرض فإن السحايا تكون قليلة  
الاحتقان والدماغ نفسه قليل الدم باهتاوكل من المسافات تحت العنكبوتية  
والجيوب الجانبية يكون محتويا على كمية عظيمة من سائل مصلى  
والغشاء المخاطي للشعب لا يوجد فيه تغيرات قارة فيكون دم اليتين قليلا او  
كثيرا لاسيما في الاجزاء المنحدرة منها وفي الاحوال المستطيلة المدة تحتوى  
هذه الاجزاء على سدد دموية او ارتشاحات النهاية رثوية ممتدة والطبقة

العضلية من القلب تكون باهتة سهلة التمزق وقد وجد المعلم كيتتر عند  
البحث عليها بالمكروسكوب استحالة مرضية مخصوصة فيها وعبير عنها بارتشاح  
مادة زلاية اوليفية وعند استمرار هذا المرض زمن اطول لا توجد احيانا  
جدار القلب مسترقة جدا

والغشاء المعدى والاموى المخاطى يكون محتقنا واجرا كيموزيا ويكون كل  
من الغدد المتفرقة والمتجمعة فى المعاء فى بعض الاحوال عظيم الحجم لكنه  
لا يكون مرشحا ولا متفشكا مطلقا والقناة الصفراوية احيانا منسدة  
بسبب اتساع غشائها المخاطى او بواسطة مواد مخاطية متراكمة فيها وفى مثل  
هذه الاحوال يكون متحصل المعاء قليل التلون والجودة المرارية ممثلة  
امتلاء عظاما

والكبد يكون عظيم الحجم جدا ويظهر ان ذلك ناشئ عن امتلائه بالدم  
وقد يكون لونه فى بعض الاحوال كما قاله كيتتر ذاهية مرضية وذلك  
لا تتشابه اجزاء محدودة ذات لون اصفر مبيض شبيه بشمع العسل فى جوهر  
الكبد وهذه الاجزاء عند تقدم هذا التغير فى الكبد قد تشابه عقد السرطان  
النفخى ولا يمكن معرفة الحبوب الكبدية فى مثل هذه الاجزاء  
والحوصلات الكبدية تفقد شكلها البوليبيونالى (اي المضلع) الخاص  
بها وتكون نواياتها عمرة الوضوح ممثلة بمادة متجانسة وقد وجد المعلم  
المذكور فى مثل هذه الاحوال التى ابتدأت باليرقان وانتهت انهاء مخزنا  
من ابتداء الاصابة ان الكبد صغير الحجم وجوهره متلون تلونا يرقانيا رخوا  
سهل التمزق (وذلك يشاهد على الخصوص فى التيفويد الصفراوى) وبالبحث  
بالمكروسكوب يوجد به مثل ما يوجد فى احوال الضور الاصفر الكبد وكذا  
الطحال يكون على الدوام متزايدا الحجم ازيد اذ اعظم بحيث يفوق عن حجمه  
الطبيعى بخمس مرات او ست ويصل ثقله الى اربعة ارطال او ازيد وجوهره  
يندر ان يكون رخوا جدا عجيبنا كما يشاهد ذلك فى الدور الاول من اشكال  
الامراض التيفوسية السابق ذكرها بل يكون غالبا فى الابتداء يابسا  
سهل التمزق وعند شقه تظهر حسيمات مليجي على هيئة نقط منجاية مبيضة  
او مصفرة فى حجم رأس الدبوس وقد توجد احيانا فى الطحال بورات صغيرة



مستديرة تارة وتارة غير منتظمة فتكون من حجم حب الدخن الى حجم  
الفندقة ذات لون مصفر او ابيض مصفر وتكون ابتداء ذات مقاومة ثم تلين  
فيما بعد ليناً قيحياً وقد زعم المشرح كيتنرا المذكور ان هذه البورات عبارة  
عن تمددات وارتشاحات في الهالات الكهفية الكائنة بين الشبكة الوريدية  
من الطحال يحصل فيها في ادوار هذا المرض الاخيرة كما يحصل في التهاب  
الوریدی عقب السدد الوريدية الذاتية التهابات وتقيحات في الاجزاء  
المحيطة بها

وتكون الكيتينان عظاميتي الحجم جدا بحيث يتضاعف وذلك ناشئ عن  
انتفاخ الجوهر القشري فيكون مضيقاً لا نابيب وضاعفاً عايقاً  
وبعض نزع المحفظة السكلوية بحيث عند نزاعها بقوة يجذب معها بعض  
اجزاء من جوهر السكلية وعند البحث بالسكرسكوب توجد الاخلية البشرية  
للقنوات البولية منتفخة او مملئة بمادة حبيبية رقيقة وفي الدور الاخير من  
هذا المرض تتلاشي هذه الخلايا فيفتككون القنوات البولية مملئة بمادة  
حبيبية وفي احوال نادرة يوجد في السكلية جلة خراجات صغيرة وكذا  
التخاع العظمي يوجد فيه تغيرات تشريحية واضحة على شكل بوارت  
لينة محدودة

### \* (الاعراض والسير) \*

مدة تفريخ هذا المرض لم تعرف بالضبط ففي اثنتائه اعني من ابتداء تاثير  
الاصل المعدى الى حين ظهور المرض نفسه واتضاعه يكون بعض  
المرضى ممتعافين الظاهر بحاله صحية وبعضهم يشتكي اضطرابات قبل ظهور  
هذا المرض بزمان ما قليل الطول او كثيره كالحساس بالنعيب العام وآلام  
في الرأس وثقل فيه وازدياد العطش وآلام متقلبة في الاطراف وعلى  
كل حال يكاد يبدأ هذا المرض على الدوام بقشعريرة مختلفة المدة والشدة  
يعقبها احساس مسر بجراحة عمومية شديدة

ومنى ابتدأت الحمى تقع المرضى في حالة ضعف عظيم بحيث لا يستطيعون  
الوقوف على اقدامهم ويشتكون بالآلام شديدة في الرأس سيما الجبهة ودوار  
وطنين في الاذنين وعلى الخصوص تشتكي بالآلام عضلية شديدة تسكاد

تكون واضحة لهذا المرض ويخلص هذه الآلام الاطراف والافقاوهى من  
الاعراض المحسوسة للمرضى والاكثر ايلامهم ويوجد عندهم ابتداء  
درجة خفيفة من تنبه عصبي غير انه يزول بسرعة ويعقبه انحطاط سريع  
في القوى العقلية بحيث لا يتحير المرضى جوابا ولا يحسنون خطابا ولا يلتفتون  
لما حولهم ومن النادر ظهور الهذيان والحدر عندهم ولو بلغت الحرارة  
درجة قوية جدا وهذا ما ينافي ان الاضطرابات العصبية في الامراض  
التهامية الحادة لا تكون متعلقة بارتفاع درجة الحرارة فقط وفي  
ابتداء هذا المرض يكون وجه المريض متوقدا قليلا شيئا الشبهان والجلد  
حار جافا مغطى بعرق خفيف احيانا ولا ينبغي اعتبار ذلك علامة جيدة  
عند ارتفاع المرض الى اشد درجاته ويكون العطش متزايدا عظيما والشهية  
مفقودة ولو تعاطى المرضى بعض الماء كؤل واللسان حر يضامديبا من الامام  
وعلى جانبيه انبعاثات الاسنان وظهوره مغطى بطبقة كثيفة مبيضة وطرفه  
عجرا كوافيه ومهما كان ارتفاع درجة الحرارة فان اللسان يبقى فيه بعض  
رطوبة غالبا ويكاد لا يتكون عليه مطلقا الطبقة السوداء الجافة التي تغطي  
اللسان الضيق المدبب في النفوس البطني بكثرة كما انها تغطي الاسنان  
والثة في هذا المرض الاخير ويكون الباعوم مجلسا الحالة نزلية خفيفة عادة  
وفي النادر شديدة وهذه الحالة تتضح باحتقان الغشاء المخاطي احتقاننا  
شديدا وباقر ازمادة مخاطية لزجة منه وقد يظهر احيانا في متكرر  
من مواد صفراوية في ابتداء هذا المرض وقد يحصل غالباً للمريض امساك  
وفي النادر اسهال عقب تعاطى كمية عظيمة من المشروبات وسرعة التنفس  
تكون متزايدة تزايداً عظيماً بنسبة الجى بحيث يرتقى الى ٣٠ أو ٤٠  
حركة تنفسية في الدقيقة الواحدة ولومع عدم مضاعفة شعبية أورثوية  
وقد يفقد كل من الاعراض المذكورة للطبيب والمحسوسة للمريض من  
التزلات الشعبية بكثرة كما انه يوجد = وقد يكون البطن منتفخاً أو منقبضاً  
ويحس المريض في قسم الكبد والطحال عند الضغط بتألم او يوجد فيهما ألم  
مفر وبالأخص الطبيعي عن هذه الاعضاء يظهر فيها ابتداء تمدد عظيم  
بحيث لا يندر تجاوز الكبد لحافة الاضلاع ويمتد نحو السرة والمراق الايسر



وكذا الطحال يكون مشل الكبد في تجاوز حافة الاضلاع بحيث يحس به عند الجس

وعند البحث عن البول يوجد غالباً كما ثبت بمشاهدات اوبر مسير  
العديدة الدقيقة جميع الصفات الخاصة بالالتهاب الكلى الجوهري  
فان هذا الطبيب قد وجد ان البول زيادة عن احتوائه على الزلال بكمية  
قليلة او كثيرة مختلط بكرات دموية واسطوانات بشرية داكنة في ثلثي  
الاحوال تقر يساو عند تقدم هذا المرض كانت هذه الاسطوانات مغطاة  
بقايا الخلايا البشرية الحبيبية وفي انتهائه تتعري بالكابة وكية البول في  
اثناء الحى تكون متناقصة ووزنه النوعى متزايد بحيث يصل من ١٠١٢ الى ١٠٢٠

وهناك درجة خفيفة من اليرقان تنضم احياناً الى الاعراض السابقة  
تنشأ عن حالة نزلية في المسالك الصفراوية ويستدل على ذلك بقلة تلون  
المواد البرازية ووجود الحوامض الصفراوية في البول وبذلك يعلم ان منشأ  
هذا اليرقان هو احتباس الصفراوى الكبد بمعنى انه يكون يرقاناً مخانياً  
ومميزاً عن اليرقان الذى سيأتى ذكره اعنى الناشئ عن فساد الدم  
المساحب للاحوال الثقيلة جداً في هذا المرض

ثم انه مما ذكر يتضح جيداً ان الاعراض التى توجد في المرض ابتداءً هذا  
المرض بقطع النظر عن الالام العضلية الشديدة لا تتميز عن الاعراض  
الارضية الناشئة عن كل حى شديدة تميزاً تاماً وفي الحقيقة يلزمنا اعتبار  
الحى الناشئة عن تسمم الجسم بالاصل المعدى للحى النكسية انها الظاهرة  
الرئيسية الدالة على هذا المرض فان هذه الحى لا تظهر الصفة المخصوصة  
التي اتخذ منها تسمية هذا المرض بمعنى انها تكاد تنتهى على الدوام بمجرد ان  
واضح بعد النوبة الاولى ثم تعود ثانياً بعد بعض زمن وتشتد اشتداداً عظيماً  
بل انها تظهر صفات اخرى يتضح منها حقيقة هذا المرض وتشخيصه  
ولومن اول نوبته

وقد ثبت بمشاهدات الطبيب اوبر الذى فعل تجارب عديدة على حرارة  
الجسم في اثناء نوبة القشعريرة التى تبتدئ بها النوب التالية ان حرارة

الجسم ترتفع ايضا في اثناء القشعريرة الاولى بل ارتفاع قليل لدرجة  
 الحرارة يسبق هذه النوبة وارتفاع درجة حرارة الجسم التي تحصل في اثناء  
 هذا المرض تكون عظيمة جدا وغير اعتيادية فانه لا يندرج ارتفاعها الى ٤  
 و ٥ خطوط بل احيانا تشوه ارتفاعها اكيدا الى ٤ ٣ و ٥ خطوط بمعنى  
 انها تصل الى درجة لا تسكاد تصل اليها في باقي الامراض الحمية حيث تصل  
 الى درجة لا يمكن معها بقاء الحياة وتكتسب الحية في هذا المرض الصفة  
 المتردة كما في التيفوس البطني فالتوجبات اليومية للحرارة قد تكون من  
 بعض خطوط و احيانا تبلغ درجة كاملة واعظم ارتفاعها يكون مساء وكذا  
 تصل سرعة النبض في هذا المرض الى حد لا يكاد يشاهد في غيره من  
 الامراض فان مرعته في جميع الاحوال تكون من ١١٠ الى ١٢٠ في  
 الدقيقة الواحدة ولا يندرج وصولها الى ١٣٠ بل الى ١٥٠ بدون ان تكون  
 هذه الظاهرة من العلامات المخزنة فان هذه السرعة في ذلك المرض  
 لا تطابق ارتفاع درجة الحرارة كما في غيره وفي الابتداء يكون النبض صلبا  
 متوزنا ثم يصير رخوا ومنتوبا عقب ضعف نصف شللي في الطبقة العضلية  
 الوعائية ولا يندرج دواجه وبهذه المشابة يكون سير هذا المرض مدة من  
 خمسة ايام الى سبعة ويندرج استقراره على هذه الحالة احدى عشر يوما او اثني  
 عشر ثم يحصل تغير عظيم واضح جدا فانه بعد بلوغ الاعراض والحرارة الى  
 اشد درجاتها وكذا ضربات النبض وحصول رعاف غزير متكرر يظهر  
 على الجلد بقاؤه عرق غزير بهمان كان جافا فينبذ يحصل انحطاط في جميع  
 الظواهر الحمية المحسوسة للريض وكذا في درجة الحرارة وسرعة النبض  
 وقد ذكر الطبيب (اوبرمير) ان مدة انحطاط الحمى تمتد من ٨ ساعات  
 الى ٩ ويصل تبريد الجسم الى انحطاط الحرارة الى نحو الخمس درجات  
 بحيث ان كانت حرارة الجسم قبل طر والجران واصله الى درجة ٤١ فانها  
 تهبط بعد حصوله الى ٣٦ اعني تنخفض بمقدار درجة عن الحالة الطبيعية  
 ومن المحقق ان فقد الحرارة الذي يحصل بواسطة العرق الجفاني يساعد  
 كثيرا في انخفاض درجة الحرارة السريع فانه في اثناء هذا العرق يمر  
 فقد الحرارة الناشئ عنه الى جميع اجزاء الجسم بواسطة هروغ الدم من



باطنه الى سطحه الظاهر ولا بد ان العرق به هذه المثابة يحصل به للجسم تبريد  
عظيم لا يحصل عليه بطرق المعالجات الايدروباتية فان تصاعد العرق  
البحراني هنا عوي منتثر ولننبه على كمية الحرارة التي يفقدها الجسم  
بالتجفيف الجلي والعرق العزير الحاصل في الحمامات الحارة فانه من المعلوم  
ان حرارة الجسم لا ترتقي ولا ترتفع عن حالتها الطبيعية ولو كانت درجة  
حرارة الهواء المحيط به زائدة عن حرارته بنحو ٢٠ درجة ومن المهم معرفته في  
مثل هذه الاحوال انه هل ينشأ عن الاسهال البحراني (او الاقرازا البولي  
البحراني) ايضا انحطاط واضح في درجة الحرارة مثل ما ينشأ عن العرق  
البحراني أم لا (تنبيه) يتضح مما ذكر سبب اعتقاد عوام مصر في جودة  
العرق البحراني في النوشة وانتظارهم له وذلك انه مهما كانت شدة اعراض  
هذا المرض قبل طروقه هذا العرق البحراني لا بد وان يحصل تخسين تام  
فيه وان انحطاط عظيم في درجة الحرارة وما ينبغي ذكره ان التكوّنات النباتية  
الفطرية الواصفة التي توجد في الدم وهي الاسبيروشيتي لا وبرماير لا توجد  
فيه الا في اثناء النوبة الحمية وتزول بسرعة في اثناء الانحطاط الحمي ثم تتردد  
مع زردها

وفي الايام التالية لحصول البحران ترتقي درجة الحرارة التي كانت منقطة  
عن الحالة الطبيعية الى درجتها الطبيعية تقريبا بارتقائهما من درجة الى  
ثنتين وتكون سرعة النبض اذذاك من ٤٨ الى ٦٠ في الدقيقة الواحدة  
وتعود الشهية ثانيا وينظف اللسان وتزول الالام العضلية وتخس المرضى  
بقواها وبعضهم يجتهد في القيام من الفراش وهذا التحسين الواضح الذي  
يظن انه ابتداء النقاهة لا يكون ابتداء الشفاء التام الا نادرا في الاحوال التي  
لا ينبغي فيها اطلاق اسم التيفوس النسكسي على هذا المرض فانه في معظم  
الاحوال تحصل نوبة ثانية بعد مضي فترة عظيمة من ٦ ايام الى ٨ بل قد تكون  
من ١٢ الى ١٤ وظواهر هذه النوبة تكون مشابهة بالسكلية لظواهر الاولى  
فانها تبدأ بقشعريرة مختلفة المدة والشدة يعقبها احساس بحرارة عظيمة  
وتعب وتكسر وعطش وغير ذلك من الاعراض الحمية التي ترتقي الى درجة  
مثل ما في الدور الاول من هذا المرض وكذا تظهر الالام العضلية لكن لا تكون

شدتها عظيمة مثل الاولى ثم ان اللسان يتغطى بعد ما نظف وتنقص الشهية او تنقص بالسكية ويزداد الطحال والكبد بعد تناقص انتفاخهما ويبلغ حجمهما قدر الم يصل اليه قبل في النوبة الاولى ودرجة الحرارة في هذه النوبة الثانية تصل الى درجتها في النوبة الاولى بل ربما زادت بخلاف سرعة النبض فانها تنحط وعادة تكون مدة النوبة الثانية اقصر من الاولى فانها تكون من ٣ ايام الى ٤ والبصران الذي ينتهي به هذه النوبة يسير بنفس الظواهر التي انتهت بها النوبة الاولى

والغالب ان ينتهي هذا المرض بالنوبة الثانية فتدخل المری بعد هافي نقاهة حقيقية بعد الجحش الثاني لكن يحتاج لزمن مستطيل حتى تعود لها قواها ومن النادر حصول نوبة ثالثة واندر منها رابعة او خامسة تنصف بعين الظواهر المرضية التي سبق ذكرها (وتنبه) تردد الذوب الجلية في هذا المرض هو السبب في تسميته بالتيفوس النكسي وبالجمي التيفوسية الراجعة او المتردة وهذا النوع من الامراض التيفوسية هو الاكثر انتشارا في قطرنا هذا (أي القطر المصري) دون غيره من الامراض التيفوسية بحيث ان مات منه العوام بالنوشة والاطباء بالجمي التيفوسية هو هذا المرض الذي نحن بصدده ومن المستغرب كون هذا النوع من الامراض التيفوسية وان كان كثير الانتشار في اقطار متعددة لم يعتن به شرحه الا في الاربعين سنة الاخيرة من هذا القرن بعد ما شهدنا وبية عديدة منه في بلاد الانكليز وامريكا ومصر والمانيا وغيرها وانما تنبه على ان الشكل الاول منه اعني الذي لا تردد فيه الجمي ولا ينفق اطلاق لفظ التيفوس النكسي عليه ليس بنادر في بلادنا كما وان التيفويد الصغرى او شكل مسفر من هذا المرض واكثر ما يشاهد في بلادنا عند السودان وان لم يكن نادرا في غيرهم واما التيفوس البطنى فلم يشاهد منه في قطرنا هذا الا احوال قليلة واما الطفحى فهو اندر ولم اشاهده الا بكيفية وبائية

ثم ان غالب انتهاء هذا المرض في شكله النكسي الاعتمادى هو الشفاء والموت به قليل بحيث لا يزيد في اغلب الاوبية عن اثنين او ثلاثة في المائة ويندر ان يصل الى ستة او ثمانية وعند انتهائه بالموت يكون حصوله اما في اثناء النوبة



بحسب حدوث حالة شلل عمومي ويندر ان يكون في اثناء الفترة بواسطة الهوكة  
العظيمة او عقب مضاعفات بامراض تابعة واهمها الالتهاب الرئوي  
والدوسنتاريا وخراج الطحال والتهاب الكلى

وقد يكتسب التيفوس النكسي صفة ثقيلة جدا عقب بعض المؤثرات  
العمومية المضرة المنبهة عليه او تأثير سم تيفوسي زائد الشدة فينثذ  
تنوع صفة المرض كثيرا باشتراك الجهاز المفرز للصفراء فيحصل الموت في  
غالب الاحوال بظهور اعراض مرضية ثقيلة وهذا الشكل الخبيث من هذا  
التيفوس قد شرحه المعلم جرسنجر بغاية الدقة بعد ان شاهده بمصر وسماه  
بالتيفويد الصفراوي وقد ثبت رأي هذا الطبيب ان هذا التيفويد شكل  
ثقل من التيفوس المذكور بواسطة الوباء الذي شوهد بيطرسبورغ  
سنة ١٨٦٤ وسنة ١٨٦٦ ميلادية فانه في هذا الوباء كان يشاهد بجوار  
الاشكال الخفيفة من التيفوس المذكور احوال ثقيلة من التيفويد  
الصفراوي خصوصا في ابتداء هجومه متصفة بجميع الصفات التي ميزها  
بها المعلم المذكور كما وان هايدن رايش وجد في التيفويد الصفراوي الاخطية  
النباتية الفطرية المسماة بالاسبير وشيني في الدم كما يشاهد ذلك في دم  
المصابين بالتيفوس النكسي الاعتيادي وحينئذ قد ثبت القائلين  
هذين الشكاين من التيفوس النكسي

والظواهر المرضية لا تختلف في الابتداء عن الظواهر المرضية للعمى  
النكسي وانما يكون انحطاط المرضي رالم الرأس أكثر شدة وتكدر القوى  
العقلية أكثر وضوحا ويوجد في صفراوي متكرر واللسان الذي يكون  
في الحى ذات النعكسة الاعتيادية رطباً مدة سير هذا المرض يظهر  
استعداد له للجفاف في هذا الشكل ويحصل غالباً بعد بعض ايام اسهال  
من مواد صفراوية او شبيهة بالمواد الدوسنتارية وكثيرا ما يوجد ايضا نزلات  
شعبية مختلفة الشدة وفي الغالب يظهر في اليوم الرابع والسادس من  
هذا المرض بعد انتفاخ كل من الكبد والطحال انتفاخا عظيما وازدياد  
حساسيتهما يرقان واضح شديد بدون ان تكون المواد البرازية خالية عن  
الصفراء وفي هذا الزمن يصل انحطاط المريض الى ارقى الدرجات فيكون

امافي حالة هبوط او تنفس وهذا ان ويكون اللسان جافا مغطى بقشور مسمرة  
والنبض ضعيفا بطيئا والجلد الحار يقد امتلاء الدموى وكثيرا ما يهلك  
عدد عظيم من المرضى بطواهر الانحطاط والشلل العام وفي هذا الزمن  
قد يظهر عند بعد المرضى بحران قليل الوضوح او كثيره كما في الجي النكسية  
الاعتيادية ويعقب هذا الحران غير التام تحسين سريع في جميع الظواهر  
المرضية بحيث يظن بشفاء المرضى حتى تعود الاعراض المرضية ثانيا  
فتهاكها بسرعة

واحيانا لا يحصل هذا الحران فيظهر في الاسابيع الثاني حالة مرضية  
تشابه بالسكية الصورة المرضية التي تسير بها اشكال الامراض التيفوسية  
المستطيلة المدة فيقع المريض في خدر عميق وهذا ان يهدء او يعربدة وتزداد  
جدا حساسية البطن السفلى ويحصل اسهال من مواد سائلة صفراوية  
او دوسنطارية وتنقذ بكثرة مواد الدوية منه قدوة ويتعسر الازدراد  
مع تغطية الغشاء المخاطي الباعوى بطبقة غشائية كاذبة وتظهر اعراض  
الالتهاب الشعبي الشديد او الرئوى القصى الممتد ويندرظهور ظواهر  
الالتهاب التامورى وربما تضح هذا الدور يقع كدمية او حوصلات  
دخنية تظهر على الجلد مع قشعريرات غير منتظمة وهذا الدور يكاد  
يتمى بالموت بمتنجحات خفيفة او انحطاط سريع فجاءى او انزقة باطنية  
(بـ زرق الطحال او غيره) او عقب ظهور امراض تابعة في الاعضاء  
التنفسية ويندر انتهاؤه في مثل هذه الاحوال بالشفاء وذلك بسبب  
تنوع سريع او بطئ في الاعراض خصوصا عند وجود تغيرات مرضية  
ثقيلة في المع او الرئتين كـ كاثف الرئة (او تغيرات دوسنطارية في المع)  
فان حصول الشفاء في مثل تلك الاحوال يكون بطيئا

### المعالجة

الوسائط العلاجية الواقية التي يهاقى الحكومة المحلية انتشارا وبيرة  
التيفوس النكسى والتي يهاقى كل شخص نفسه من الاصابة بهذا المرض  
تستنتج مع الوضوح مما ذكرناه في اسباب هذا المرض وانما من هذه  
الحيشية الحصول على تحسين احوال معيشة الفقراء والاجتهاد في تحسين



اغذيتهم ووضعهم في مساكن متسعة، فجردة الهواء غير مشهونة بأشياء  
متراكمة فوق بعضها بعدد من الأمور البعيدة ولو كان من أتم الأمور التي  
تستدعيها المعالجة الواقية وأما عزل المرضى عن السليمين الذي تستدعيه  
عدوى هذا المرض الواضحة فامر سهل الحصول

وحيث إن الهلاك بالتيفوس النكسي الاعتيادي قليل فلا ينبغي إجراء  
معالجة قاسية بل الذي ينبغي إجراؤه بالنسبة للتدبير الغذاءى والمعالجة  
الطبية هو عين ما أوصينا به في الأحوال الجيدة الاعتيادية من التيفوس  
البطنى

وكذا عند ارتفاع الحرارة ارتفاعا شديدا بحيث يخشى من شلل القلب  
ينبغي استعمال الطرق العلاجية المنقصة لدرجة الحرارة كالمكادات والغسل  
بالماء البارد وكذا الحمامات المبردة بالطريقة التي ذكرناها في التيفوس  
البطنى وأما الاجتهاد في قطع سير هذا المرض بواسطة مقادير صغيرة  
أو عظيمة من الكينين أو صبغة الأكلبتوس (المعروف بشجرة الكافور)  
أو الزنبرنج أو إعطاء الكينين في مدة الفترة لاجل عدم تردد الذوب فلم يجد  
نفعات تاما كما وان استعمال الديجيتال الذي حصل في براين لم يحصل منه  
على كبير فائدة ولو أنه ينقص سرعة النبض في أثناء الذوبة فيجهد في نظافة  
المرضى بالكيفية مع تجديد الهواء وإعطائهم من الباطن الحوامض المعدنية  
المخففة والأغذية السائلة الخفيفة جدا غير أوزونية ابتداء ثم الأوزونية  
(أعنى الشربة المائية ابتداء ثم الامراق) كما سبق وعند إصابة الكيتين  
مدج أو برمير استعمال حمض الليمون وبعد انتهاء الذوبة بإعطاء المرضى  
اغذية لطيفة على القاعدة التي ذكرناها في التيفوس البطنى وعند  
ازدياد الضعف جدا يعطى بعض الانبذة الجيدة ومن الجيد استعمال  
المركبات الكينية والحديدية في أثناء النقاهة وفي الشكل  
الصفراوى الثقيل من هذا المرض وهو التيفويد الصفراوى قد اوصى  
المعلم جرسنجر بإعطاء ما دبر عظيمة من الكينين من ٥ دسجرام إلى  
جرامين كل يوم (أعنى من نصف جرام إلى نصف درهم) وذكر أن معالجة  
هذا التيفويد ناجحة كنهجها في الحميات المنقطعة لكن الاوفق ان تستعمل

في الابتداء مسهلات لطيفة كالملاح المسهلة وزيت الخروع وملح الطرطير  
الذائب ثم بعد تأثيرها يبتدأ باستعمال المعالجة الكينية بالكيفية السابق  
ذكرها وكذلك علاج عوارض هذا المرض التابعة بالطرق العلاجية  
التي ذكرناها في معالجة العوارض التابعة للتيفوس البطني  
(المبحث الحادي عشر في الطاعون)

(وهو النوع الرابع من الامراض التيفوسية)

كان يسمى بـ بلفظ الطاعون في العصر السالف والمتوسطة عن كل مرض  
وبأنى به يهلك عدد عظيم من الأشخاص لكن فيما بعد صار لا يطلق هذا  
الاسم الا على نوع مخصوص من الامراض التيفوسية يظهر ظهورا وبائيا  
مهاككا وهو الطاعون الخبير جلي

(كيفية الظهور والاسباب)

لا شك في ان الطاعون يعد من الامراض التيفوسية فانه من جهة يشابه  
بالنسبة لاعراضه التيفوس البطني والتيفويد الصفراوي الذي تعتبره  
الآن شكلا من التيفوس النكسي ومن جهة أخرى يتميز عنه بما يشبه  
تركز الاصابة في المجموع الاليفي فاي بحيث ان جملة من الغدد الاليفية  
الظاهرة والباطنة يحصل فيها ارتشاح وتغير مرضي واضح فشا بهته  
للامراض التيفوسية تتضح من الاضطراب العمومي للمجموع العصبي  
وظواهر الانحطاط والحمود وانتفاخ الطحال وظهور الطغخ الوردى كما ان  
الانواع التيفوسية السابقة قد تشابه هذا المرض عندما تسبب  
صفات خبيثة بحيث قد يشاهد في اثناء سيرها ارتشاح وانتفاخ في العقد  
الاليفية الاربعية والابضية والقطنية بل وجرات خبيثة واعراض  
تعممية مديدة ومع ذلك فمن الخطاء اعتبار الطاعون شكلا عفيا شديدا  
خبيثا من التيفوس فانه ولا بد توجد احوال خفيفة منه ذات اعراض  
واضحة واصفة بدون صفة عفنة بل قد توجد اوعية خفيفة منه ولو كان  
ذلك نادرا بل وقد توجد كذلك احوال اجهاضية من هذا المرض كما بينا  
ذلك في الامراض التيفوسية الا ان له مشابهة أخرى بالجمرات الخبيثة  
من حيثية ظهور جرات فيه وشدة عدواه لكن هذا تشابه فقط لا تماثل



ثم ان الطاعون مرض معروف من قديم جدا فان كثيرا من المؤلفين قد شرحه قبل الميلاد حتى ذكر انتشاره الوبائي وكثرة ظهوره في الشام ومصر وهذا ينافي رأى من قال ان الطاعون لم يظهر بمصر الا في القرن الخامس من الميلاد بعد امتناع تصدير الموتى بمصر لكن الاكثر معلومة من ذلك هو الوباء الذي كاد ان ينتشر في جميع اوربا في القرن السادس من الميلاد ومن ابتداء هذا التاريخ الى انتهاء العصر المتوسط تزدت او يئسه جملة مرات في المشرق والمغرب واما ما حصل في بلاد الانجليز سنة ١٦٨٨ وما حصل في غربي اوربا سنة ١٧٢٠ وسنة ١٧٤٨ وفي بلاد المسكوف سنة ١٧٧٠ وفي بلاد المجر وشرقي اوربا سنة ١٧٩٧ ومن وقتئذ صارت الاقطار الغربية من بلاد المشرق من اوربا أكثر اصابة بهذا المرض الى سنة ١٨٢٨ وسنة ١٨٢٩ واما القسطنطينية والشام ومصر فظهر فيها وباء عظيمة بعد هذا التاريخ أيضا وآخر وباء عظيم في مصر كان سنة ١٨٣٥

وحينئذ فقد انطأ في هذا الوباء من بلاد المشرق من نحو ٤٥ سنة فانه من منذ سنة ١٨٤١ لم تشاهد منه ادى حالة في الاستانة ومن منذ ١٨٤٣ لم يشاهد هذا المرض في بلاد الاسسية من الدولة العلية وكذا لم تشاهد منه ادى حالة في مصر من منذ ١٨٤٤ وهذا الانقطاع التام المستغرب للطاعون في تلك البلاد وافق حصوله اجراء الوسائط الصحية والكارتينية فيها بكيفية منتظمة فان ذلك صار اجراؤه في القسطنطينية سنة ١٨٤٠ وفي مصر سنة ١٨٤٣ وصارت تلك الوسائط الصحية متبعة في مصر اجود من غيرها من البلاد المشرقية ولا سيما عزل المقابر عن المدن ولا شك في ان اتباع الاصول الصحية المذكورة له دخل عظيم في انطفاء الطاعون من تلك الديار متى اعتدقنا بتولد هذا المرض تولدا ذاتيا بالمعنى المعلوم لنا لكن هذا الامر لم يتم تحقيقه الى الآن فانه لو كان ذلك هو الواقع (أي ان مصر والشام هما ينبوعان الاصليان لهذا المرض) لترتب على ذلك زوال الطاعون من الارض بتمامها الا انه من منذ هذا الزمن الى قرب السنين الاخيرة قد حصلت اوبئة قليلة الانتشار في جهات متعددة من كردستان

البحر وشمال افريقية في عربان بنى غازى والميزوبوتاميا ( اى ما بين دجلة والفرات ) واخيرا بين حدود المسكون والمانيا فان قيل هل اوبية الطاعون في القرون السالفة كانت تظهر في اوربا بنفسها او تسرى اليها من البلاد المشرقية يقال هذا لم يثبت الحكم فيه الى الآن ويظهر ان الرأى الاول في القرون المتقدمة هو الاقرب للعقل يمكن من مئذمات سنة قد تيسر في جميع الاحوال التى وجد فيها هذا المرض في البلاد المتوسطة من اوربا انه سرى وانتقل اليها من الخارج فان قيل ما هو القطر المعتبر ينبوعا لهذا المرض من البلاد المشرقية ومصدرا لتمكونه يقال ذلك امر لم تزل فيه المجادلة في العصر المستجد فمن حيثية مصر فهنا امر كان متفقا عليه وكذا الشام واما باقى البلاد من الدولة العلية لاسيما جزءها الاوربى فهنا هذا المرض يسرى اليه من الخارج او يتولد فيه ذاتيا ذلك امر عمر الاثبات وعكس ذلك يقال بالنسبة لبلاد البحر وارمينيا واما اعتبار الاقاليم السفلى من نهر الطونة ينبوعا لهذا المرض فهو امر مشكوك فيه بالكلية فقد ثبت ان الاوبية العظيمة التى انتشرت في بلاد الافلاق والبعدين انت اليها من الخارج اى من البلاد المشرقية

وان سئل عن الاسباب المنجبة للطاعون في الاعصر السالفة في البلاد المشرقية قلنا ان هذا امر واضح فان الاسباب التى تعين على ظهور هذا المرض كانت متسلطنة فيها بما وهى الفاقة والحرمان ورداءة المساكن والتغذية والملابس وعدم اتباع الشروط الصحية بالكلية الى قرب العصر المستجد وعدم زراعة الاراضى وتراكم المواد الحيوانية المتعفنة ووجود كثير من الاجام والمستنقعات ورطوبة الارض والهواء مع ارتفاع درجة الحرارة في تلك البلاد بالنسبة لمصر على الخصوص كان يعتبر فيضان النيل الغير المنتظم وتشبع ارضه بالرطوبة مع تولد بطايج واجام عظيمة ووجود المقابر داخل المدن وعدم الاعتناء بدفن الموتى من اهم الاسباب المنجبة لهذا المرض ومن المعلوم ان انطفاء هذا المرض في الديار المصرية وزواله منها وافق حصوله كما ذكرنا اجراء الاصول الصحية والتمسك



بها وتحسين حالة الزراعة وتعميمها ومنع اسباب القحط وتنظيم فيضان النيل وتبعيد المقابر عن داخل المدن والاعتناء بدفن الموتى والفضل في ذلك ولا بد لعائلة المحمدية العلوية الخديوية ولا سيما مؤسسها وحيث ذكرنا الاسباب التي كانت معينة على تولد جرثومة الطاعون تولد اذانيا في البلاد الشرقية وانتشارها فيها تتعرض الآن لمسئلة عدوى هذا المرض او عدمها فنقول

ان الطاعون مرض معد كما تحقق لنا من انتشار او بيته في المشرق والمغرب وهذا الامر المعلوم وان لم يكن فيه ادنى معارضة في العصر القديم الاستثناآت قليلة قد صار الاعتراض عليه والاجتهاد في رفضه في العصر المستجدم بعض الاطباء الفرنسيين لاسيما كاوت بك ( اعني من منذ ٤٠ سنة تقريبا ) وذلك انه اوقع الشك في ذلك من جهة بآراء غير مؤسسه واقله انه في الاحوال المثبوتة ابيهم لفظ التسمم والعدوى وخلطهما ببعضهما وليس القصد هنا التعرض لنفي جميع الاراء المقاومة ضد العدوى وانما تذكرياها وهوان كلام من ملامسة المصابين بالطاعون والقرب منهم قد لا يهيبه العدوى في كثير من الاحوال وهذا الاعتراض وان كان مهما الا انه يذكرك في جميع الامراض المعدية ضد العدواها ونحن نعلم ان معنى قابلية العدوى في الامراض المعدية لا يترتب عليها ولا بد انتقال المرض من المريض الى السليم في كل مرة يحصل التلامس بينهما بل ان المراد من ذلك ان هذا جائز الحصول والعدوى تتضح وتثبت في هذا المرض بلا شك من الادلة الآتية

فما اولاه يتضح بالمشاهدة الدقيقة للاوبية المعلومه كما حصل ذلك من بعض الاطباء المدققين ان مريانا الطاعون الى قطر مصون عنه من قبل حصل ولا بد بواسطة مرضى أتت الى هذا القطر من الخارج كالطاعون الذي انتشر في ازميز وشرحه ثرود وكالطاعون الذي انتشر في موسكو سنة ١٧٧١ ( بعد مضي مائة وخمسين سنة خالية عنه ) وكان سريانه لها بواسطة العساكر كحقيقه ( سموالوويتس ومرتس ) وكالطاعون الذي انتشر في مرسيليا سنة ١٧٢٠ ( بعد سبعين سنة فترة خالية عنه وكان

المريان اليها بواسطة مركب القبودان شاتو) وفي مالطة سنة ١٨١٣  
 (بعد ١٣٧ سنة فترة خالية) وكان بواسطة مركب القبودان نقولا  
 الآتية من الاسكندرية كاذ كره فواسكينير وفي جزيرة مورة سنة ١٨٢٧  
 (بواسطة العساكر المصرية كاذ كره جوسيه) وفي أودساس سنة ١٨٣٧  
 (كاذ كره هينا) وفي مصر سنة ١٨٣٥ ونحو ذلك فقد دل البحث الدقيق  
 في جميع الاحوال المذكورة على ان الطاعون حصل بعد قدوم أشخاص الى  
 هذه الاقاليم من بلاد متسلطن فيها هذا المرض بزمان قليل جدا وان اول من  
 أصيب به الأشخاص التي كانت ملامسة للمرضى المصابة به وكان الانتشار بسيطه  
 فكان من شخص الى آخر ومن عائلة الى اخرى الاقرب فالأقرب فن مضى  
 هذه الفترات المستطيلة ومن انتشار المرض بالأكيفية السابق ذكرها  
 تثبت ولا بد عدوى هذا المرض ولا يمكن انكارها ولو ان الأطباء المضادين  
 لذلك يقولون بانتشار هذا المرض بالهواء (اي من حالة جوية وبائية باسباب  
 غير معلومة)

ومنها انه توجد احوال عديدة منفردة حصلت عند بعض الافراد في  
 اماكن الكورينثيات في أوروبا بلا شك عقب ملامسة المطعونين الآتين  
 من بلاد المشرق ومثل هذه الاحوال لم تحصل مطلقا الا عقب اتيان مطعون  
 من تلك البلاد وخصوصا كان على الدوام في محل الملامسة لا خلافا عني  
 في المحال التي أتت اليها مركب آتية من بلاد منتشرة فيها هذا المرض ومثل  
 هذه الاحوال المثبتة لمريان الطاعون بواسطة المرضى قد حصل في  
 كرتينيات أوروبا ثلاث وثلاثون مرة من سنة ١٨٢١ الى سنة ١٨٣٠  
 (كاذ كره سيجوردي بيرون)

ومنها انه بعزل المطعونين عن الاصحاء لا يمرى هذا المرض مطلقا كادلت  
 على ذلك التجارب التي فعلت في كرتينيات أوروبا بخلاف استمرار الملامسة  
 بين المرضى والاصحاء فقد ترتب عليها انتشار المرض وعزل الاصحاء التام  
 عن المرضى وان لم يترتب عليه دائما وقاية تامة في الاويصة التي تسلطت  
 في بلاد المشرق الا ان هناك أمور عديدة تثبت ان العزل التام لجدة من  
 الأشخاص في مكان واحد في اثناء تسلطن هذا المرض تسلطنا وبائيا حوله



قد ترتب عليه عدم مريان هذا المرض اليهم كبيت اللقطة سنة ١٧٧٠ في موسكو وكدرسة الخيالة في الجزيرة بمصر ومدرسة المهنة في بولاق سنة ١٨٣٥ ونحو ذلك واما اصابة بعض الاشخاص في مثل هذه المخوف المنعزلة فيوجهه اما بعدم استيفاء شروط العزل أو بانتهان الهواء بالاصل المعدى لهذا المرض عند تسلطه

ومنها اثبات الامر المعلوم الذي لم يوجد في غير هذا المرض من الامراض التيفوسية وهو نجاح العلاج بمادته في بعض الاحوال فانه تيسر للطبيب الانجليزى وبث سنة ١٨٠٢ احداث الطاعون في ظرف ثلاثة ايام او اربع عقب ذلك بالمادة المعدية للخيرجلات الطاعونية في القسم الاوربى لشخص سليم فانه حصل بعد ذلك جمرات في المحال المدلوك فيها وفي البساتين السكة وحصل الموت بعد سبعة ايام ثمانية ايام وكذا التجارب التي فعلت بمصر سنة ١٨٣٥ على بعض الاشخاص المحكوم عاينهم بالقتل (الذين اتهم لهم بدم المصابين حديثا بالطاعون وظهر عندهم هذا المرض في حالتين بعد ثلاثة ايام لكنه حصل لهم الشفا) فالذى اتضح حينئذ ان العدوى في الطاعون كغيره من الامراض التيفوسية او الامراض الحادة المعدية الاخرى تكون تارة شديدة وتارة خفيفة اولا تحصل بالكلية وكون الملامسة للاواسطية للمرضى ليست ضرورية في العدوى امر محقق كما هو معتقد عموما في البلاد الشرقية وكما ذكره (هلدن برند) وكانت معتقده الاطباء في عصره فان الاصل المعدى ينتقل كذلك بواسطة الهواء من بعد قليل ولا بد ان نوع هذه العدوى هو الاكثر حصولا طبقا للحقائق المعلومة الآن ويظهر ان مريان هذا المرض من بعد قليل يساعده عليه حصول كل من احتباس الهواء والقاذورات وتراكم عدد عظيم من المرضى والرطوبة دون بعض الاحوال المنفردة من هذا المرض في محال مطلقة الهواء متجددته فانها تكون قليلة العدوى جدا فيظهر انه بالامور الغير المهمة السالف ذكرها يتكون نوع جوى طاعوني

ومنها ان بعض المواد التي تستعملها المرضى كافرشات والملابس وغيرها يمكن انهما تحمل بالاصل المعدى للطاعون فينتقل بها الى محال مصونة

هذه كادلت على ذلك مشاهدات سيحردى بيرون في ميناء البحر المتوسط  
واعترفت بها جمعية الاطباء في دار الفنون بفرنسا سنة ١٨٤٦ واما انتقال  
هذا المرض الى اوربا بواسطة البضائع كالقطن ونحوه فلم يتأت ثبوته  
بأى حالة الى وقتنا هذا ولذا قدر فرض بواسطة الابحاث الجديدة على  
الطاعون وانتشاره تقسيم البضائع الى قسمين احدهما يمكن به انتقال هذا  
المرض والاخر غير ممكن

ومن المستغرب مع الادلة السابقة نفي عدوى الطاعون ومريانه من قطر الى  
آخر او من مريض الى سليم ارتسكيا على ان الملازمة لم ينبغ عنها العدوى في  
جميع الاحوال فان هذا امر كما تقدم لم ينفرد به الطاعون بمعنى ان العدوى في  
الامراض التمهيمية قد تكون محضنة اى من المريض الى السليم او ميازمانيه  
سيما وان ذلك امر مشبوت طبيا وسياسية الا ترى رجوع سيدنا عمر رضي الله  
عنه بجيشه عند وصوله الشام لقمعها لتسلط الطاعون فيها خوفا على جيشه  
من الاصابة ولما سئل في ذلك قال نفر من قضائه الى قضائه وكان ذلك منه  
اتباعا وما ورد في هذا المرض من انه اذا تسلط في بلدة فلا يسوغ الدخول  
فيها ولا الخروج منها

ثم ان معرفة مدة دور تفريخ الطاعون مهمة جدا بالنسبة للتمسك بالوسائل  
الصحية الكرتينية زيادة عن غيره من الامراض الوبائية فان مدة  
الكرتينية تحدد ولا بد بالنسبة لذلك اى للزمن الذى فيه يخشى ظهور  
الطاعون عند شخص تعرض للاصابة به ولم يظهر فيه اعراض هذا المرض  
وفي كثير من الاحوال لا يستمر زمن التفريخ زيادة عن يومين الى خمسة  
وأطول زمن لدور التفريخ في هذا المرض قد اختلف فيه الاطباء ومع ذلك  
يظهر ان الطاعون في معظم الاحوال يكاد لا يتأخر ظهوره بعد الاصابة بهما  
للمشاهدات الكرتينية المهمة زيادة عن سبعة ايام مطلقا واما دور التفريخ  
المستطيل جدا اعنى الذى يمتد خمسة عشر يوما كما قال به بعضهم فيظهر انه  
نادر جدا واستثنائي وذلك كاحوال النادرة من التلقيح بالجدرى البقرى  
التي لا تظهر البثرات فيها الا في اليوم العاشر مثلا

ومن الامور الخاصة بالطاعون دون غيره من الامراض التيفوسية حصول



العدوى الموضعية في الجلد بواسطة ملامسة المرضى أو بعض موادها بحيث يظهر في محل حصول الملامسة جرة بدون خير جل في العقد اللينفاوية المجاورة وهذا النوع من العدوى الحاصل بتأثير السم الطاعوني مباشرة وانتشار هذا المرض بهذه الكيفية قد شرحه على الخصوص (جوسى) في الوباء الذى شاهده في بلاد اليونان زمانا طويلا بل وان عدة مشاهدات اخرى كاصابة عدة المرضى الحفاة بجمرات في ارجلهم والاطفال في نحو عنقهم دون الاربتين وعدم اصابة جالى الزيت والشعوم بالجمرات الطاعونية تقرب للعقل ان السم الطاعوني يؤثر على الجلد مباشرة فيحدث فيه تغيرا غفيرا ينشأ عنه ما نرى في هذه النابتة اثر الالتهابى العفن الى العقد اللينفاوية المجاورة ومن هذه الحبيبية يشابه الطاعون الجمرة الحبيبية فانه يحدث في محل تأثرة غنغرينة موضعية من جهة ومن جهة اخرى ان حصل التسمم من الباطن عقب تعاطى لحوم الحيوانات المريضة يعقب ذلك جمرات في الجلد الظاهر في محال مختلطة ومع ذلك فكل هذه الاحوال الناشئة عن العدوى الموضعية في الطاعون تعتبر استثنائية نادرة الى وقتنا هذا وان العدوى في معظم الاحوال يعقبها مرض عمومي تسمى ومن المستغرب ان نوع العدوى الموضعية التى هي كثيرة الحصول بمصر كانت تبعها الجوسى وسماه بطاعون الفقراء لم يذكرها احد من الاطباء الذين شرحوا الطاعون بمصر ثم ان طبيعة السم الطاعوني غير معلومة لنا بالسكينة وانما يظهر ان له بعض مشابهة بسم الرمة بالنسبة لتأثيره وكيفية تكونه فانه بتأثير سم الرمة عقب الجسروح يحصل بمرحلة التهاب غنغرينى موضعي وقد لا يحصل هذا الالتهاب الموضعي امكن انما قليل من الايام يحصل ولا بد ان التهاب شديد في العقد اللينفاوية المجاورة معجوب باعراض عامة ثقيلة ويظهر ان التضاعفات العفنة لها بعض تأثير عمومي ينتج عنه حالة مشابهة بالسكينة للطاعون بل وقد شوهد بمصر طاعون حقيقى سنة ١٨٨٣ بقرب المقابر المذثورة التى صار حفرها من جديد بعد تركها زمانا طويلا وما يجب التنبيه عليه ان دفن الموتى في الاقاليم البحرية من القطر المصرى لم يكن يعتنى به الى أن صار في العصر الجديد اتباع الاصول الصحية والنمساك بها بكيفية عامة

فان الموتى لم تسكن تدفن جيداً بهذا الاقليم بل كانت توضع اسفل الارض  
 بقليل وتغلى بجزء من التراب بحيث انها كانت تكاد تنعفن في الهواء وقد  
 زال هذا الامر الفظيع من الاقطار المصرية بالكلية بادخال اصول صحية  
 جديدة والى سلكها ومن ذلك الوقت لم يظهر الطاعون ولم يتيسر اثبات ذلك  
 بالحقيقة وان هذا هو الذى ترتب عليه زوال الطاعون واقل من ذلك اعتبار  
 هذا المرض النيفوسى النوعى مجرد تهم عفن لكن من جميع ما ذكر  
 يتضح ان الاصل المعدى فى الطاعون يشابه بالنسبة لطبيعته سم الرمة  
 وان الاسباب المعينة على تكونه وانتشاره توجد ولا بد تعفن فى الرمح  
 ثم ان الطاعون كان يظهر فى البلاد التى كان فيها وطنياً على شكل أوبئة  
 صغيرة او عظيمة او مهلكة للغاية فيظهر ان هنالك بعض سنين كانت توجد  
 فيها الاسباب المعينة على تكون اصل هذا المرض بقوة عظيمة دون غيرها  
 كالسنين التى يزداد فيها فيضان النيل مثلاً وكثرة الرطوبة والتعفنات  
 الحيوانية ونحو ذلك وما عدا تلك الالوبية التى كان يعتبر منشأها مياذياً  
 توجد ولا بد أوبئة فى بلاد المشرق وخارجة عنه فمما كان ولا بد منشأ هذا  
 المرض سر يانه بواسطة حالة مرضية أتت اليه من الخارج وامتد شيئاً فشيئاً  
 وذلك لانه لم يوقف سر يانه وانتشاره بوسائل صحية كرتبة قوية وفى مثل  
 هذه الاحوال تكون الاصابة المرضية ابتداء قاصرة على محل الاصابة  
 الاولى ومكنت ثلاثة أسابيع او أربعة الى ان ينتشر الاصل المعدى الى  
 جهات بعيدة ولا بد من ظهور فيها وحينئذ تمتى ظهرا مات جملة آلاف وفى بعض  
 الاحوال يسرى السم الطاعونى بالهواء الى جهات بعيدة ويحدث تأثيراً  
 وبائياً وعمومياً به تضرب الصحة العامة لكثير من الأشخاص ولو الذين  
 يبقون سالمين فالأوبئة الناشئة عن العدوى تصيب حينئذ الجهات الجيدة  
 الصحة وتملك عدد اعظيها من سكانها وتترك الجهات الغير الجيدة الصحة  
 بالكلية ولذا يمكن ان يتسلطن الطاعون فى جهة بشدة وفى محل قريب  
 قد لا يوجد اذى حالة منه ومثل هذه الالوبية يمكن على الدوام تبعاً للحقائق  
 المعلومة منع سيره واطفاؤه بواسطة الوسائط الكرى تسمية الفوية وبذلك  
 ينقى بالكلية القول بان أوبئة الطاعون تسرى الى اى جهة بدون مانع



بواسطة الهواء لكن كون الشروط الغير المهيبة كالفقاذورات والتعفنات  
والرطوبة والحرمان تساعد في انتشار هذه الوباءية المعدية ابتداء امر  
تشارك فيه جميع الامراض الوبائية المعدية كما دلت التجارب على ذلك  
وسير اوبئة الطاعون تختلف جدا فانها قد تستمر بعض اسابيع او اشهر  
وقد تستمر بعض سنين بدون ادنى انقطاع ويشاهد في أغلب الوباءية لافى  
جميعها ان الاصابات المرضية تكون في الابتداء شديدة جدا ثم تتلطف  
شدتها في اثناء سير الوباء وتكون خفيفة جدا انتهاء المرض وفي اوبئة  
أخرى يكون الهلاك بنسبة عدد الاصابات من ابتداء الوباء الى انتهائه  
والخطا اوبئة العظيمة في الانتشار يحصل بسرعة عادة الا انه يحصل  
في جملة محال أحوال منفردة زمنية من زمان مدة طويلة جدا والقول  
بان الامراض الاخرى تزل في اثنائها تسطن الطاعون غير حقيقى أو فيه  
مبالغة عظيمة

ثم ان اوبئة الطاعون تتعلق في بعض المحال بتأثير الفصل وحرارة الجو  
بكيفية واضحة ففي الاقطار الشرقية المعتدلة الباردة كالشام  
والقسطنطينية واليونان وكذلك اوروبا في الاقطار السالفة كانت تظهر  
أوبئة هذا الداء بشدة واحدة سواء كان في وسط الصيف الحار أو وسط  
الشتاء البارد الجليدى وانما كانت تظهر بالاقول في الفصول الباردة  
بخفة ونوع تلطف

ويظهر ان الحرارة الرطبة كانت تعين على ظهورها فكانت في بلاد الدولة  
العلية تظهر بالاكثر في فصل الربيع او ابتداء الصيف وبالنسبة لمصر هناك  
أمر معلوم مهم المعرفة وهو ان الطاعون كانت اوبئته تنطفي في الاقاليم  
البحرية والوسطى من مصر لاسيما القاهرة في شدة الصيف على الدوام أعنى  
في وسط شربونية اى نحو انتهاء الصيف الجاف ولم يكن يظهر بعد ذلك  
الأحوال متفرقة بتدرج حتى وان كان وباء هذا المرض وصل الى أقوى  
درجته في الانتشار كان يزول في هذا الزمن ولو كانت المقابر مملئة بالموتى  
وكانت تباع بالاسواق امتعتهم ولا يسهم بدون احتراس ولم يشاهد مطلقا  
ان الوباء الطاعون في اقليمنا ابتداء في اثناء شدة حرارة الصيف وهذا الامر

لا يمكن توجيهه ولا بد الا بتأثير الحرارة الجافة من هذا الفصل التي بها  
يتبدد السم الطاعوني ويتفسد والذي يطابق بالكلية لهذا القول هو عدم  
مشاهدة هذا المرض في البلاد الحارة جدا وان الاقاليم الحارة الجافة  
من صعيد مصر لم تشاهد فيها اوبية عظيمة من هذا المرض البتة بل انما  
بقيت مصونة عن الاصابة مدة اشتداد الوباء بالاقاليم البحرية من قطرنا  
هذا وان هذا المرض لم يحصل بالكتابة في الاقاليم السفلى من بلاد النوبة  
بحيث لم ير انتشاره مطلقا ولا وصوله أعلى من وادي حلفه فالعامة حينئذ  
هو كافي اشكال الامراض التيفية وسية خاص بالاقاليم المعتدلة لا الحارة بل  
ويظهر ان السم الطاعوني لا يتحمل الحرارة الشديدة مثل سمها ويظهر ان  
بعضهم تطبية لذلك استعمل هذا الاجل افساد السم الطاعوني بالصناعة  
ثم انه وان تيسر لنا اعطاء بعض ايضاحات أكيدة بالنسبة لانتشار الطاعون  
انتشارا واثريا الا ان ظهور الاحوال الافرادية ومنشأها منهم علينا  
والقول المعقول عليه في ذلك والجاري التمسك به بالنسبة للقواعد  
السكرتيرية في اوروبا وان الطاعون كان لم يرل يوجد على الدوام في المشرق  
ولاسيما في مصر على حالة افرادية بل وبعض المتأخرين من الاطباء الذين  
اشتغلوا بهذا المرض وكتبوا عليه بعض رسائل من منذار بعين سنة لاسيما  
جيتاني بيك عضد هذا الرأي وقال ان الاحوال الافرادية من الطاعون  
توجد بكثرة في الاقاليم البحرية من هذا القطر وأما الطبيب بولارد فهو أول  
من قال ان مثل هذه الاحوال نادرة جدا وان وجدت تكون خفيفة للغاية  
وعلى كل حال فلا يعلم وجودها مع التأكيد وهذا القول الاخير هو الذي  
تأيد بالتجارب والمشاهدات العديدة في الثلاثين سنة الاخيرة فانه قد يسمع  
احيانا بوجود بعض احوال لاسيما من بعض الاطباء الغير المتكئين في فن  
التشخيص لكن ان اريد مشاهدة ذلك فلا يتيسر غالبا وان تيسر كما وقع لنا  
(بعد قول احد الاطباء الذين كتبوا على الطاعون بكثرة) فنحقق ان المريض  
مصاب اما بنخير جل زهري أو نخوة ولم يتيسر للعالم جر نخير الذي اتبعنا سيره  
في هذا المرض وللاطباء الاجنبيين المبشرين للاحوال الصحية بمصر من  
منذ سنة ١٨٤٣ ولاننا من منذ تعاطى الصناعة الطبية بمصر مع مباشرة



الاكلينك الباطني باسبالية العموم بمصر من سنة ١٨٥٦ الى وقتنا هذا  
 مشاهدة أدنى حالة وانما الذي شاهدته بنسبة في بعض العائلات الفقراء  
 احوال تيفوسية نكسية خبيثة على شكل التيفويد الصفراوي مصحوبة  
 بانتفاخ في بعض العقد الليفية الابطية تارة والاربية تارة أخرى ومن  
 ثم في انها احوال تيفوسية خبيثة توهمت انه من الجائزان بعض الاطباء  
 الغير المتبرين في التشخيص ربما يعتقد انها احوال طاعونية فعلى  
 رأينا ليس للاحوال الافرادية من هذا المرض أدنى وجود بمصر وفي العصر  
 السالف من الجائزان بعض الاحوال المتفرقة التابعة للاوبية هي التي  
 كانت تعتبر من بعض الاطباء احوال افرادية أي ذاتية من هذا المرض  
 وعلى كل حال فقد ثبت بالتجارب العديدة والملاحظات الكيدة المستنبطة  
 من منذ نحو ٤٠ سنة ان الطاعون ليس من ضاوطنيا أي مستقر في بلاد  
 المشرق وعلى الخصوص في مصر بل الذي ظهر انه لم يوجد في الاعلى الحالة  
 الوبائية وان هذا المرض انطفي منها من نحو خمس واربعين سنة بالكلية  
 وعلى هذا الاساس قد صار الآن التسك بالاصول الصحية الكورنتينية  
 المستعمدة في اوروبا بالنسبة للبلاد المشرقية

وكذا الاحوال الشخصية وتأثيرها بالنسبة لظهور هذا المرض فليس  
 عندنا ما نذكره مع بعض تأكيدها انه يظهر ان كلامنا النوعين على حدسوى  
 في الاستعداد وان زمن الحمل والنفاس لا يقي من هذا المرض ويظهر ان  
 الاصابة به من يعد من الخمسين نادرة والاطفال تصاب في كل سن وقد ذكر  
 روسل وامبروش ان بعض الاجنة المولودين من امهات مصابة بالطاعون  
 وجد عند هاجرات وخيرجلان وعند سلطان هذا المرض بمصر كانت  
 تكثر اصابة السودانيين والبرابرة وأما الاورباويون فكانت اصابتهم  
 تارة اكثر من الوطنيين وتارة اقل وعلى كل حال فاصابتهم كانت شديدة  
 دائما ويظهر ان بعض الصنائع يقي من هذا المرض كما ذكره كثير من الاطباء  
 كالسقاين والغسالين والزياتين وجمالى الزيت والنجوم والاصابة  
 بهذا المرض جملة من ارعده تنقص شوهة احيانا لكن بنسبة  
 وان حصلت كانت الاصابة الثانية ضعيفة جدا

وأما الأسباب الاعتبارية المهيئة الأخرى كالتعب الشديد وتأثير البرد  
والمؤثرات المضعفة فيظهر أنها تزيد في الاستعداد للإصابة به

**\* (الصفات التشريحية) \***

الصفات التشريحية التي فعلت في الطاعون وإن لم تكن عديدة جداً  
ولا كافية من جميع الوجوه يستنتج منها التغيرات المرضية الواضحة لهذا  
المرض فجثة المصابين بالطاعون لا يظهر فيها انخفاص وهيئة البهنة  
غير متغيرة جداً والنبس الرمي قليل ويوجد على الجلد غش أو جرات  
والنعفن الرمي يطرأ بسرعة عند المصابين بالشكل السريع السير  
لهذا المرض

وكل من الدماغ والمعدة لا يظهر فيها تغيرات واضحة ويوجد على الأم  
الحنوتة بقع كيموزية قليلة صغيرة وأما التغيرات التي قال بعضهم بأنها  
توجد في العظام السمباتوى فتسكون أما عبارة عن ظواهر تشرب رمي أو بقع  
كيموزية تحصل فيه كما في غير هذا الجزء من المجموع العصبي

وكذا البلورافان يظهر فيها بعض بقع كيموزية وعند وجود خبز جلان  
إبطية عظمية مصحوبة بانسكاب دموي في الأجزاء المحيطة بها عند هذا  
الانسكاب إلى البلور الضلعية للجهة المسامنة وأما الرئتان فيقال من  
النادر أن يظهر فيها تغيرات وإنما يوجد أحياناً تغيرات النهاية شعبية  
والأشرحون المنتفخون وصفوا بعض أحوال يستدل منها على وجود  
التهابات رئوية تارة وتارة غنغرينة رئوية وكذا البروش وجد تغيرات  
الالتهاب الرئوي

والتامور كثيراً ما توجد فيه بقع كيموزية وتجاويف القلب سيما اليمنى تكون  
ممتلئة بالدم وجوهر العضلي يكون رخواً باهتاً والدم فيه يكون قليل الانعقاد  
لزاماً لما يحتويه على كثير من المواد اللبفية الرخوة المنعقدة وكذلك الأوردة  
الصدر والبطن تكون ممتدة جداً بالدم

ويوجد في الثرب والبريتون بقع كيموزية وكذا على سطح الكبد ويقال إن  
الكبد يكون دائماً قليل الانتفاخ غير محتو على كثير من الدم  
والصفراء كثيرة وكثيفة مدمرة والخويصلة المرارية جدرانها متشنجة



ارتشاحا او ذيمسا ويا والطحال يكون دائما متزايدا الحجم منتفخا بحيث يصل الى ثلاث مرات او اربعة من حجمه ويكون ليناً ومحتوا على كثير من الدم وذالون دأكر ومن النادر جدا ان يوجد هذا العضو غير متغير

والغشاء المخاطي المعدي يوجد فيه بقع دموية غمسية او تمزقات وعائية شعرية وكذا يوجد احتقان وعائي اعلى ثباته مع ازدياد في الافراز المخاطي والملي بتمامها قد يظهر فيها احتقان وتحتوي غالباً على مواد ماوتة بالصفراء ويوجد غالباً بقع كدمية في الغشاء المخاطي وكذلك تغيرات التماية نزلية مع انتفاخ في الغدد المتفرقة ولا يوجد مطلقاً ارتشاح ولا تقرح في الغدد المجتمعة لبيبر والغدد المسارية قديمة تكون محتمنة احتقاناً عظيماً بحيث تظهر ذات لون احمر داكن او كدمية لكنها لا تكون في حالة ارتشاح حقيقي والمنسوج الخلوي المحيط بالكيتين يكون مجلساً لا تسكب دموى عظيم والكيتينان تسكونان منته ختمير غالباً ذاتي لون بنفسجي داكن وعلى سطحهما الظاهر وفي الغشاء المخاطي للويض بقعاً كيموزية ويوجد في باطنه غالباً تعقدات دموية تمتد الى الحالبين ويقال ان الحالبين كثير ما يكونان منضغطين ومنسدين بواسطة العقد الليفية او الليفية المنتفخة للوض والبول المحتوية عليه المئات يكون غالباً مدماً وغشائرها المخاطية كيموزية

واما التغيرات المهمة فتوجد في المجموع الليفية او الليفية فان جميع الخبيرجلات الظاهرة تكون ناتجة عن انتفاخ العقد الليفية اوية نفسها بل وما كان منها اسفل زاوية الفك السفلي فهي عقد ليفية بدون اشتراك الفدة النكفية معها فان التهاب الغدة المذكورة نادر

وفي الخبيرجلات الاوربية تكون العقد المصابة اما الكائنة امام الاوعية اللمفية او الغائرة خلفها والغالب ان تصاب العقد الليفية اوية الماشية للمسافة المثلثة الكائنة بين العضلة الخياطية والمقربة المستطيلة لاهخذ ويقال ان المنسوج الخلوي المحيط بالعقد المر يضة يكون تارة مر تشها ارتشاحا او ذيمسا ويا واحيانا يابساً وملتصقاً بالعقد المر يضة نفسها وكثيرا ما يكون مجلساً لا تسكب دموى اكثر غزارة كلما عظم انتفاخ الغدد وعند ما توجد خبيرجلات عظيمة ظاهرة تكون الغدد الليفية اوية عظيمة الانتفاخ

جدا بحيث ان حجم الورم يكون كبيضه الا وزبل اكبر وقد يبلغ حجمه بعض  
ارطال وان لم تظهر خبير جلات توجد ولا بد العقد الليففاوية في محلها  
الاعتبادى متزايدة في الحجم محقة احتقانا عظيما فيكون لونها احمرا كذا  
وفي الاورام العظمية يكون جوهر الغدد اما محمرا باستواءه فسيحيا او مبقما  
مرصا رقاومته فتخاميا او شحميا وقد يكون جوهرها لينا عجينا ومن  
النادر ان يوجد فيها تجمع ان قصبية وان كانت العقد العنقية هي المصابة  
بهذه الكيفية فانها تمتد الى اسفل نحو الجواب المنصف او الابطحاطة  
بانسكاب دموى وحيث تستطرق الخبير جلات الابطحاطة بالغدد الشعبية  
والعنقية المصابة ومثلها العقد الفخذية والاربية تمتد نحو البطن من القناة  
الفخذية لسكن ليس على الاوام وحيث يظهر في الغدد الفخذية والاوربية  
عين هذا الارتشاح وفي كثير من الاحوال تمتد هذه العقد المنتفخة الى اعلى  
نحو الجواب الحاجز وقد يوجد فيها أيضا خراجات صغيرة وقد وجد  
بعضهم تمددا في الاوعية الليففاوية بقرب الغدد المريرة

ثم ان اصابة العقد الليففاوية توجد غالبا وفي الاحوال التي حصل الهلاك  
فيها بعد اليوم الثاني او الثالث ولولم تظهر الخبير جلات مدة الحياة فانه  
ولا بد ان توجد بعض عقد منتفخة في محلها او في بعض التجاويف بل يظهر  
ان هنالك بعض احوال شوهدها فيها انتفاخ قليل في جميع اعداد الليففاوية  
سكن في معظم الاحوال تكون اصابة العقد الليففاوية قاصرة على بعض  
المحال كما ذكر

### في الاعراض والسير

الاعراض الابتدائية للطاعون تختلف في ابتداءه جدا ولذا يصعب معرفته  
في ابتداء ظهوره واما اعراض الاحوال الواضحة النامية الظهور لهذا  
المرض كالتى توجد في اثناء تسلط وباء قوى فالمرض حينئذ يظهر على  
شكل مرض حاد معجوب بحالة تيفوسية واضحة ويظهر في اثناء سيره  
خبير جلات وجرات

ومن النادر ان يسبق هذا المرض بطواهر ابتدائية كفقء الشعبية والالام  
الظهرية والتسكمر والهبوط ونحو ذلك والعادة ان يطرأ به مرض فيبتدى



بدور هبوط او بانحطاط كثير الوضوح او قليله و يظهر تأثير السم الطاهر في  
من الابتداء فالمرضى تقع في حالة هبوط زائد ويحصل عندهم آلام شديدة  
في الرأس وتحس بثقل ودوار يشابه ما يحصل من تأثير استنشاق ابخرة الفم  
القوية فكل من بهاته الوجه وامتقاعه وهيئة الاعين الفائرة السكائية  
وخصوص البصر وعسر التكلم مع اللحظة واسترازا المشى وضعف الحواس  
والقوى العقلية يكسب المريض هيئة السكر الشديدة عند هجوم هذا المرض  
بشدة ثم يحصل بضرعة غثيان بل وفي و يحصل للمريض قشعريرة خفيفة  
مصحوبة باحساس بحرارة باطنية واحيانا تكون هذه القشعريرة شديدة  
ويكون النبض اذذاك غير سريع رخوا ويكون صغيرا غير منتظم وكثيرا  
ما يشاهد اذذاك احتقان في زاوية العين الانسية وتعد في الحدة وتغير  
عظيم في صفة المتر يض وقد يكون مجموع تلك الظواهر قليل الوضوح  
ولا يستمر الا بعض ساعات ولكن الغالب ان هذه الظواهر تكون كثيرة  
الوضوح وتستمر من يوم الى ثلاثة

والجلى المرتفعة الدرجة هي التي تعلن بامتداد هذا المرض فالمرضى تكون  
في حالة قلق والجلد يكون حارا محرقا والوجه قليل الانتفاخ والاعين محترقة  
لما حة لاسكنها تكون شاحصة والحدقتان متمدنتين والدمع متناقصا  
والشفتان واللسان مغطاة بطبقة مبيضة قليلة الانتفاخ جافة ويوجد عند  
المرضى احساس بحرارة مؤلمة في قسم المعدة والبطن السفلى لا تنطفي بشرب  
الماء البارد مع الشراة وتسكون المرضى في حالة ضعف وخدر بحيث انها  
ولومع وجود ادراكها لا تجاوب عما سئلت عنه وبعضهم يشير على الرأس  
وقسم المعدة لشدة آلامهما ويكون في حالة تعب شديد والم الرأس الشديد  
ينتقل الى حالة الخدر والهديان وفي الاحوال الثقيلة يوجد نحو اليوم الثالث  
من المرض حالة تيفوسية واضحة مع هبوط تام وفي هذا الزمن ترتقي  
الحرارة الى أشد الدرجات ويسرع النبض حتى يصل الى نحو ١٢ ضربة في  
الدقيقة الواحدة ويسرع التنفس ايضا ويتفخ المراقان وهمل معنى ذلك  
انتفاخ الكبد والطحال والحالة الطليبة للبطن ويستمر التي بشدة عظيمة  
ويقل البول او يصير مدما او يقطع بالسكينة وكثيرا ما تظهر حالة نزلية

شعبية اورعاف وفي اليوم الثاني من المرض الى الرابع يظهر مع الالام  
خسیر جمل في القسم الاربي اوفي الحفرة تحت الايط والعنق وزاوية الفك  
السفلي وقد توجد بجلة خیر جلات اولا يوجد منها الا واحد وقد تكون  
صغيرة وتارة عظيمة واما الجمرات فتأخرة الظهور والغالب انها تظهر  
بعد الخیر جلات لسكن قد تظهر بدونها واكثر ظهورها في الاطراف  
والعنق والظهر ومع تسكون هذه الاصابات الموضعية وامتدادها قد يحصل  
عند ما يكون سير هذا المرض حميد الانحطاط في الحالة الجية فيحصل عند  
المر يرض راحة وتصير هيئة سحنة طبيعية واللسان رطبا وبتناقص كل من  
احتقان الاعين وتمدد الحدة وحينئذ تقف الخیر جلات عن سيرها فتتبع  
او تقل وتبعد الجمرات وينفصل المتغصن منها ويتقدم الخسیر  
في الاحوال الجيدة جدا ويحصل تزايد في افراز العرق والبول بحيث  
ان النقاثة تبندی في اليوم السادس والثامن

واحيانا لا يحصل هذا الانحطاط في اثناء ظهور الاصابات الموضعية بل ان  
الحالة التيفوسية المصحوبة بالهذيان والاسهال تمتد الى اليوم التاسع  
أو العاشر من المرض (وهذا يطابق الدور الثاني في غير هذا المرض من  
الامراض التيفوسية) وحيانا قد يظهر بعد دور الانحطاط دوران آخر  
مصحوب بادوار جية غير منتظمة والتهاب في النكفة وطفح دختي (ولربما  
كان هذا نتيجة تسهم صديدي)

والموت قد يطرأ في اثناء سير هذا المرض في اى وقت فقد يطرأ على شكل  
انحطاط فجأى عظيم وقد يطرأ عقب ظهور تشنجات سريرة قوية متلوة بكوما  
واحيانا عقب ظهور علامات الانحطاط والضعف بشدة الحى وحيانا أخرى  
عقب ظهور اعراض الفساد والنعفن (كالنمش والازفة وتغصن  
الخیر جلات ونحو ذلك) والنقاثة اما ان تسكون سريرة جدا او بطيئة  
وفي احوال كثيرة اخرى قد يعقبها اضطرابات غذائية موضعية ثقيلة  
كالخراجات المستمرة التقيح البطيئة السير وتقيح بعض العقد الليمفاوية  
الباطنة ونحو ذلك

والتنوعات التي تحصل في السير الاعتباري من التيفوس تتعلق اما بشدة



المرض او امتداد سيره او بالاختلاف الذي يحصل في تسابع الاضطرابات  
الموضعية فاعلم المؤلفين الذين شاهدوا الطاعون يذكرون احوال ذات  
سير سريع قتال فيها لا تجاوز حياة المرضى الدور الاول من الانحطاط اعني  
التي فيها تظهر علامات الانحطاط الشديدة في الوظائف العصبية بسرعة  
والتي فيها تتردد اقشعر برة وتغير المرضى في حالة تنفس وتحدروا حالة اغماء  
او كوما شديدة ويحصل عندهم قيئ زمنافز. منا وتشبهات خفيفة فتغير  
الاطراف باردة وتغير المصانة وتكتسب لوناً صامياً كهيئة الرمة ويظهر  
عندهم النمش ويطرأ الموت في ظرف ١٢ ساعة الى ثلاثة ايام بدون  
ان تتضح اصابات موضعية ظاهرة وبدون ان يكون رد الفعل والحى  
واضحين ومع ذلك توجد في الجثة عقداً ليفاً زرقاً من تشحة منتفخة وهذا  
ما يسمى بالطاعون الصاعق

وكذا قد تشاهد احوال خطيرة من هذا المرض تتضح فيها حالة حمية شديدة  
غير منتظمة يظهر فيها ثوران وانحطاط غير منتظمين والام شراسيقية  
شديدة وفي مستمر وانقطاع في الافراز البول وتبتدأ فيها الخرجلات  
لكمالات في السير وتظهر فيها جرات وبثور على الجلد وبقع غشبية وحينئذ  
يزداد انحطاط المريض فيهلك في اليوم الثالث والرابع

وعكس هذه الاحوال الخبيثة توجد احوال خفيفة متنوعة من الطاعون  
ويكثر حصولها عادة نحو انتهاء الاوىسة العظيمة وانما تصطبغ احياناً  
ببعض احوال ثقيلة ففي مثل هذه الاحوال تظهر الاحوال المرضية على  
درجة متوسطة من السدة وتستمر من أربعة ايام الى خمسة وفيها تظهر  
خير جلات او جرات تسير سيراً جيداً وتنتهي بالتحلل او النقيج كما توجد  
احوال تعتبر كاملة خفية بدون حمى واضحة ويكون سيرها بطئاً وتصطبغ  
بفقد الشهية وتغطية اللسان ودوار الراس وظهور خير جلات صغيرة او يحل  
محلها احساس بالآلام في القسم الاوربي فقط أو فيه وفي الحفرة تحت الابط  
بدون ورم. يدرك وهذه الاحوال مهما كانت واهية قد ينتهي بعضها  
بالموت بسرعة

وكذا تعتبر من جهة الاحوال الجيدة الاحوال التي يظهر فيها من الابتداء

جرات مع خبير جلات او بدونها وفي مثل هذه الاحوال يظهر ان التسمم الطاعوني يبقى قاصرا على محل تأثيره الابتدائي ولا يظهر في مثل هذه الاحوال اضطراب حى عموى ولا الاعراض العمومية للطاعون ومع شفاء الاصابة الموضعية تعود الصحة بتمامها وفي احوال أخرى قد يمتد التسمم من الاصابة الموضعية الى جميع الجسم فتظهر حالة تيفوسية مع جميع اعراض الطاعون وتنتهى بالموت غالبا

ومنى اعتبرنا جميع الظواهر المرضية الخاصة بالطاعون وهى الظواهر الحية والحالة العامة للمرض وصفة الدم والخير جلات والجمرات الطاعونية انضغ لنا ان التغير المرضى الطاعونى تسمم حاد ويظهر غالبا بصفة مرضى عموى من الابتداء مصيبا للدم وينسدر ان يظهر بصفة مرضى موضعى وفي الحالة الاولى قد يكون التأثير الابتدائى للتسمم الطاعونى مهلا كما كان الغالب خلاف ذلك بمعنى انه ينتج عنه مع الظواهر الحية العامة اصابات موضعية اعنى الارتشاحات الشديدة الالتصاقية فى العقد الليمفاوية والجمرات وامتداد الاصابات الموضعية لا يطاق كفاي غير هذا المرض من الامراض التسممية الحادة شدة الاعراض العمومية فهناك احوال ذات سير خفيف جدا وفيها يطرأ الموت فجأة ومع ذلك يوجد فى الصفات التشريحية انتفاخ عظيم فى الغدد الليمفاوية الباطنة والعكس بالعكس ( كما يشاهد ذلك فى التيفوس البطنى ) بمعنى انه يوجد احوال ثقيلة للغاية مع اصابات خفيفة جدا فى الاجربة المعوية ومتى حصلت هذه الاخيرة فاما ان يتفقر المرض وتزول شدة شيا فشيأ او تحصل تغيرات ثانوية كثيرا ما تكون ثقيلة عقب تغيرات تابعة فى الدم وذلك متى اكتسبت الاصابات الموضعية سيرا خفينا ( كما يشاهد ذلك ايضا فى بقية الامراض التيفوسية )

ثم ان المدة المتوسطة للطاعون تكون من ستة ايام الى ثمانية بحيث ان ابتداء النقاهة يكون عادة من اليوم الثامن الى العاشر لكن قد يحصل الموت كما ذكرنا بعد اليوم الاول والثانى كما وان الحالة التيفوسية الثقيلة التى تعقب الطاعون قد تمتد زيادة عن اربعة اسابيع واكثر الاحوال التى تنتهى بالموت تحصل من اليوم الثالث الى الخامس فان



عاش المريض زيادة عن اليوم الثامن يتعشم بشفائه وعلى كل حال فخطر  
 الطاعون امر مشهور حتى صار يضرب به المثل وفي الحقيقة هذا المرض  
 من جملة الامراض المهلكة التي فيه يقل عدد الاشخاص التي تشفى منه  
 فيكثر جدا عدد الهاالكين به وفي ابتداء الوبية يكون عدد الهاالكين به  
 من ٧٠ الى ٩٠ في ١٠٠ احيانا والغالب ان يكون عدد الهاالكين به  
 ٦٠ في ١٠٠ ويندر ان يكون اقل من ذلك واما الوبية الجديدة منه فهي  
 تعد من الاستثنائات وما يصاب من الاطفال يكاد يهلك على الدوام وكذا  
 يهلك اكثر ما يصاب من الشيوخ واما الشبان الاقوياء البنية فالحلاك فيهم  
 اقل من السابقين ومن اعتراه هذا المرض اول مرة يكون انذاره جيد في  
 الاصابة الثانية ويعتبر من الاعراض الخطرة كل من الخرجلات العنقية  
 واعراض ضيق النفس العظيم والتمش والهذيان الشديد والبول المدم  
 او انقطاعه والاسهال الغزير واما العرق الغزير الذاتي والانحطاط الواضح  
 للعمى مع عدم تغير في السحنة وزوال الخدر فتعد من الظواهر الجيدة

والنكسات في هذا المرض كثيرة وخطرة لكن التغيرات التشريحية الواصفة  
 لها غير معلومة واما الامراض التابعة للطاعون فكثيرة فمنها الاستسقاء  
 وتقيح الغدد الليمفاوية المستطيل والشال الجزئي والصمم والتغيرات  
 العقلية وتقيح الاذنين ونحو ذلك

وتشخيص الطاعون يرتكن فيه الى الحالة العامة وهيئة المريض وسير هذا  
 المرض والى ظهور الخرجلات والجمرات والصفات التشريحية وفي ابتداء  
 اوبية هذا المرض يكون تشخيصه الا كيد لاسمافي البلاد التي يكون فيها  
 وطنيا وتميزه عن الحيات المتقطعة الحبيثة والامراض التيفوسية الحبيثة  
 السرا الموجودة في تلك البلاد وعن الجمرات عسر العناية بل وقد يشبهه  
 احيانا بالتهابات عقدية وخرجلات زهرية والتهابات نسكية ولا حاجة  
 لذكر التشخيص التمييزي بينه وبين تلك الامراض والذي يرتكن اليه  
 في ذلك هو اجتماع الاعراض العامة من الابتداء مع حالة الهبوط والخدر  
 الشبيه بالسكر مع الاصابات الموضعية السابق ذكرها فانه وان وجد في  
 الجمرة الحبيثة مع الاصابة الجمرية الموضعية اعراض عمومية نسكية ثقيلة

لمكن لا يوجد فيهما من الابداء غير جلات كما هو الكثير الحصول في  
الطاعون وعلى كل فينبغي مراعاة الاحوال الظاهرية الوقتية بالدقة  
عند وجود حالة اشتباه بان كان الطاعون متسلطنا ام لا وان كانت وصلت  
حالة طاعونية من الخارج الى البلدة الموحود فيها تلك الحالة ام لا فان كان  
ذلك هو الواقع وجب اعتبار الحالة المذكورة والميل للقول بالاثبات  
لالتقى

### ﴿المعالجة﴾

معالجة الطاعون تشتمل خصوصاً على وسائط واقية ولذا ان تاريخ الطاعون  
مفيد للغاية من هذه الحيثية اذ تبين لنا انه باتباع تلك الوسائط والتسك بها  
واجرائها مع الهمة والقوة اممكن بها قهراً كثر الامراض الخطرة للنوع  
الانسانى وهذه النتائج العظيمة صار التحصل عاياً باصرير والابقوة ووسائل  
العزل والكرتينية فان انطفاء الطاعون من اوروباحصل كما ذكره هرش  
العالم الشهير في تاريخ الامراض الوبائية العمومية بكيفية تدريجية مطابقة  
لتقدم وتنمى الوسائط الكرتينية التي كانت تضرب على بلاد المشرق وبين  
افطار اوروباب بعضها فانه من اثبات الا كيد ان زوال انتشار الطاعون  
وانطفاءه من اوروبالم يحصل الا بانتظام القوانين الكرتينية

وعين ذلك يقال بالنسبة لبعض البقاع بل والاماكن فان وسائل العزل  
فيها توجهت بالهياج في كثير من الاويية بحيث يقال ان دخول هذا المرض  
الوبائى فيها امتنع بالكلية عندما اجريت الوسائط الكورتنينية والهيبة  
بقوة كما ثبت ذلك من عدة تجارب عند تسلط الاويية الاخيرة بمصر بحيث  
انه بالعزل الجيد امكن صيانة بعض الاماكن (كدرسة الجيزة) مهما كانت  
شدة الطاعون المتسلطنة حولها

والآن لا يمكننا تصور القساوة الكلية التي كان يفعل بها العزل في الازمنة  
السابقة فان مخالفات القوانين الكرتينية التي كانت تضرب في زمن  
الطاعون كان جزاؤها التهديد بالموت او الموت بالفعل فهناك يستنتج منها  
ادلة من بعض المقارير تدل على انه صار اجراء ذلك ولا بد  
ومثل هذه القساوة في اجراء الوسائط الكورتنينية لا تجوز الا في الازمنة



التي كان فيهم الطاعون متسلطنا بكيفية قتاله مخربة للاقطار ولا بد ان هذه  
القساوة في اجراء الوسائل الكرتينية هي التي ترتب عليهم ازوال الطاعون  
على صفة مرض وبائي عوي

ومن الماثر انه لو استعملت هذه الدقة والقساوة في اجراء الوسائل الكرتينية  
التي كانت تفعل سابقا بالنسبة للطاعون لزال بعض الامراض الوابئة  
الايخرى أيضا كاتيفوس الطفح والهيضة التي كثير امانتساظر على شكل  
اوبية ثقيلة من اوروبا وخلافها لزال أيضا من تلك الاقطار لكن لا يجوز  
اجراء مثل هذه الوسائل الكرتينية الشديدة الا اذا تعدى خطر الوباء  
المتسلط حذوده وكان مها سكا للغاية

والامر الثاني الذي ترتب عاياه زوال الطاعون يشغل على تحسين الاحوال  
الصحية العامة سواء كان في اوربا او في البلاد المشرقية التي كانت تعتبر  
ينبوعا للطاعون فصر الا ان لم تنكر ينبوعا لهذا المرض من مسد ما شرع  
المرحوم محمد علي مؤسس العائلية المحمدية العلوية في تنفيذ الاحوال  
الصحية بمصر وتحصل على تحسين الشروط الصحية في هذا الاقليم ولا سيما  
من حيثية عزل المقابر وتبعيدها عن المدن وتحسين الحالة الصحية العامة  
بمصر ونحو ذلك كما تقدم

ولا بد في المستقبل من الانتفاع بالتجارب التي فعلت في الماضي فانه لو هدد  
الطاعون بالهجوم ثانيا في اوربا لزم الحال بالتسك بالاحوال الصحية  
والكرتينية التي اثمرت في العصر السالفة ولا حاجة لشرح القوانين  
الكرتينية والحكم عليهم في هذا المحل خوفا من التطويل وانما يذكر ان  
الامور المهمة التي يترتب عايتها اجراء الكرتينات تستنتج مما ذكر  
في الاسباب كالحاجة للايهاء بالتشديد في اجراء تلك الامور الصحية  
والكرتينية بدلا عن الاهمال في وتنقيتها فان معلوماتنا الحقيقية  
بالنسبة لطبيعة السم الطاعوني وكيفية تكاثره والمواد الحاملة له لم يمدى  
غير تامة وفي مثل احوال الشك ينبغي اتباع الطريق الا كيد لا غيره وعلى  
كل حال فالكرتينية التي كانت تضرب ضد الطاعون بالنسبة للبلاد  
المشرقية ليست ضرورية في اوربا مشلا الآن وانما ينبغي ارجاعها منى

ظهر الطاعون ثانيا في قطر من الاقطار بين اوربا معاملات قوية  
ثم ان جرثومة الطاعون وان لم تنطفئ الى الآن بالكلية ولم يزل خطر انتشاره  
في العصر المستقبل مع ذلك فعندنا الآن عظم اكيد يكون هذا المرض  
لا يتشع انتشارا عموما في اقطار الدنيا كما كان يحصل في الاصر السابقة  
وان هذا المرض انتهى تسلطه على صفة وباء عوي فان التجارب في عصرنا  
هذا قد دلت على انه مادام التمسك بالاصول السكرتينية والصحية حاصل  
بقوة وضبط لا يعسر على الدوام حصر هذا المرض في دائرة مستقلة واطقاؤه  
بالكلية وتولد الامراض والهلاك به لا يصير عظيما شديدا الا في  
البقاع المهملة فيها اجراء الاصول الصحية العمومية كما كان ذلك في اوربا  
في العصر المتوسط وفي بعض بلاد مغربا وفي كثير من بلاد المشرق الآن ففيها  
لا تكون لمرض تحت مناظرة ومعالجة طبية ومن المعلوم انه بوجود هذه  
الاصول الصحية العمومية الغير الجيدة قد تسبب امراض اخرى  
كالدوسنتاريا والتيفوس الطمحي خبثا عظيما جدا بحيث تذكرنا النتائج  
المغمة لاويصة الطاعون وعندنا امثلة عديدة من ذلك وبالنسبة لاقطار  
التمددية يظهر ان خطر الاويصة القتالة قد زال بالكلية لكن لا ينبغي  
الارتكان الى ذلك والوقوع في الاهمال ثانيا

واما وقاية الافراد وصياتهم عن الاصابة بالطاعون مدة تسلطه فليس  
عندنا في ذلك ادنى معلومة سوى العزل المطلق وقد زعم بعض المؤلفين  
سياد مير بروك ان شرب الدخان في من الاصابة بهذا المرض ولذا ان بعض  
الاطباء مدة تسلط هذا المرض كانوا يصفون ورقا تبغ ينفخه وبين  
المرضى متى اراد جس نبضه او ملاسته كما وان بعضهم كان يستعمل الجص  
او محولات اخرى وامادلك الجسم ولا سيما الوجه والايدي بالشحم او بالزيت  
فيظهر ان فيه بعض خاصية واقية والذي يظهر ان فيه بعض فائدة  
هو النظافة الدائمة وكثرة الاستحمام بالماء والصابون

واما المواد التي يخشى منها كفروشات المرضى وملابسها فتعرق حرقا جيدا  
واما الامتعة التجارية التي فيها الاشتباه فينبغي ازالة عفوتها بوضعها  
في الشمس وتعرض جزئياتها للهواء ونجسها بالمكبريت كما كان يفعل



سابقا واجود طريقتة في ازالة عفونة المواد تعريضها لحرارة قوية  
وفي معالجة الاحوال المرضية نفعها فالطريقة العلاجية المتبعة لا تكون  
الا انتظارية عرضية فطبقا لقواعد العامة حيث ان الهلاك في الاحوال  
الشديدة يحصل غالبا عقب شلل القلب اجود ما يستعمل هي الجواهر  
الدوائية المنعشة لا سيما الكولية والاثيرية وعند ارتقاء الحرارة الى  
درجة شديدة جدا فالاجود استعمال الجواهر الدوائية المنقصة لدرجة  
الحرارة كالكينين والديجتالا او صفصفات الصودا او الحمامات الباردة  
او المبردة ويظهر ان التشنجات المتكررة يحصل منها نجاح واما الكينين  
بمقادير كافية لتنقبض الحرارة فالى الان لم يستعمل وعين ذلك يقال في  
الديجتالا والصفصفات واما ما يخص الخيرجلات فمكانه مدح في العصر  
السابقة جدا شقها مع المبادرة عقب ظهورها حالا واسكن في العصر  
التأخر كانت تعالج بالضمادات ولا تفتح الا بعد تقصدها

### المبحث الثاني عشر

\* (في الدفتيريا الوائية وتعرف بالذبحية الحلقيية الخبيثة) \*

في كيفية الظهور والاسباب

الذبحية الحلقيية الخبيثة تعد من جملة الاضرار التسممية التي تنتشر بكيفية  
واضحة بواسطة اصل معدوم او المنشأ الميازماتي لهذا المرض فشكوك فيه  
وبالاقل في اقطارنا التي يكاد ينتشر فيها هذا المرض على شكل اوبئة كثيرة  
الامتداد او قليلته او تسرى احيانا من محل الى اخر لكن كثيرا ما يظهر هذا  
المرض بكيفية فيها لا يتصور حصول العدوى بحيث لا يكاد يشك في  
حصوله ذاتيا

والاصل المعدى لهذا المرض يوجد في الاغشية السكاذبة والمنسوجات  
المتلاشية المنفصلة من الحلق وفي الهواء المتصاعد من المرضى فان اطباء  
عند مس حلق المرضى المصابة بالدفتيريا وكيفية وعند فصل القطع القصبي  
الذي ياتجه اليه احيانا تكون عرضة لخطر عظيم بواسطة الجزئيات المنقذنة  
بالنفثات فحصل من هذا المرض المعدى فانه كثيرا ما هلك اطباء شهيرون  
وما يكون معتبرون عند معالجتهم لمرضى مصابة بهذا الداء والذي يثبت

ان الهواء المتصاعد من المرضى قد يكون حاملا للاصل المعدى ايضا بدون ان يكون مختلطاً بمحتصلات مرضية هو الاحوال العديدة من عدوى الشخص التي تكون ما كثة في قاعات المرضى وليست قريبة منها والى الآن لم يستدل بالتهارب العديدة ان كان هناك جواهر حاملة للاصل المعدى خلاف ما ذكرنا لا وما قوة تحمل هذا الاصل واسرارها وهل يسرى بواسطة اشخاص تبقى مصوفة عنه ام لا والاستعداد للاصابة بالدفترية الوبائية منتشرة للغاية وكون الاطفال تصاب بهذا المرض اكثر من البالغين يظهر انه ليس مبنيا على ان الاول ذوا استعداد عظيم للاصابة بالدفترية بل مبنى على ان اسباب العدوى عندهم اكثر وضوحا عن البالغين فان سن الطفولية من ابتداء السنة الاولى للتاسعة اكثر عرضة للاصابة بهذا المرض ومع ذلك فلا يندر اصابة البالغين به لكن الاخرون يكونون ولا بد اقل قابلية للاصابة بهذا المرض وان اصابوا به فالغالب ان تكون اصاباتهم خفيفة والاصابة بهذا المرض مرة لا تطفى الاستعداد للاصابة به ثانيا

ثم ان كيفية ظهور الدفتيريا لم تتضح الى الآن بالكلية فبعض المؤلفين ذهب الى ان التغيير الاول هو تسمم الدم وان اصابة الحلق بالموضعية عرضية وبعضهم ذهب الى ان الاصابة بالموضعية في الدفتيريا هي التغيير الاول وقال ان هذا التغيير الدفتيري الموضعي اما ان يبقى قاصرا على محل الاصابة او يصير عاما وكثير من المؤلفين برهن على وجود تكتونات نباتية فطرية وعلى الخصوص ما يسمى بالمكروكوسن في الأغشية الدفتيرية والمنسوجات المريضة بل والدم كما انه اثبت نجاح تلقح مادة الدفتيريا في الحيوانات بواسطة التلقيح في العضلات والتهبة الهوائية والقرنية وذكر ان التولدات البكتيرية النباتية التي تتكون في المنسوجات الملقح فيها هي الحاملة للاصل المعدى والذي قال بالراى الاول ارتكن الى كون الاعراض العامة تسبق الموضعية في الحلق وان القرصية مثلا التي هي مرض تسمى كثيرا ما تصطبج بالدفتيريا والقائسل بالراى الثانى ارتكن الى تمايز التلقيح بالسم الدفتيري الذي يظهر في محل التلقيح ثم يعقب باعراض تسمم الدم



### في الصفات التشريرية

يحصل في الدفتير بما يحصل في غيرهما من الامراض التجمعية من ان الاضطرابات الغذائية تكون قاصرة على بعض اعضاء مخصوصة فتكون محدودة على الدوام في الخلق واقل منه الاجزاء العليا من المسالك الهوائية والكلية والطحال والمجموع العصبي الذي يصاب في هذا المرض بكيفية غير واضحة والاضطرابات الغذائية التي تحصل في الاعضاء المذكورة الناشئة عن التهم بالاصل المعدي الدفتيري لا تكون مطابقة لبعضها وان الذي يحصل في الاعضاء الخلقية هو شكل الالتهاب المعبر عنه بالدفتيري اي الغشائي التسقرحي الذي اتخذ منه اسم هذا المرض فيكون كل من السطح الظاهر من الحلق والاسم واللوزتين واللهاة مغطى باغشية كاذبة سنجابية مبيضة لا يسهل نزاعها من الغشاء المخاطي وهذه الاغشية المكاذبة عند تحللها او فسادها واكتسابها اللون ورشح واستحالتها الى مواد منتنة تنفصل من نفسها ويخلفها فقد جوهر تسقرحي والاعشية الكاذبة الدفتيرية او الخشكر يشات الدفتيرية بالمعنى الحقيقي تنشأ عن تركز سطح في الغشاء المخاطي وهذا التركز يتعاقب بانضغاط الاوعية المغذية له بواسطة النضج اللينى المتخلل به او بواسطة عناصره المنتفخة الممتلئة بمادة صديدية متعكرة وعند اشتراك الحفيرة والقضية الهوائية في الاصابة بهذا المرض لا يحصل فيهما شكل الالتهاب الدفتيري بل يكاد يحصل فيهما على الدوام شكل الالتهاب اللينى اي ذى الغشاء اسكاذب بمعنى ان سطح الغشاء المخاطي يكون مغطى كثيرا او قليلا باغشية كاذبة ومتماسكة يسهل نزاعها من الغشاء المخاطي ولا يخلف انفسا لها منه فقد جوهر وهذا الامر اوقع كثيرا من الاطباء في الخطاء باعتبارهم ان الالتهاب الحفيري اللينى اي ذى الغشاء اسكاذب الاولى الذي يحصل من تأثير البرد وغيره من المؤثرات المضرة مماثل للالتهاب الحفيري الدفتيري اي الغشائي الناشئ عن التهم بالاصل المعدي الدفتيري وهذا الاعتبار خطأ فان تقسيم الامراض على حسب التغيرات المرضية التي تحدثها ليس الامر فيه مساعدة للتفهم فقط ولذا انه في جميع الاحوال التي فيها يمكن اثبات تنوع السبب واختلافه

ولو كانت التغيرات التشريحية والاضطرابات الغذائية مطابقة لبعضها  
 كما هو الواقع في التهاب الليفي الحنجري الذاتي والدفتيري ينبغي انما  
 تميزهما من بعضهما فان البثرة الجدرية مثلاً تشابه بالخصبة للتغيرات  
 التشريحية البثرة الناتجة عن ذلك الجلد بواسطة مرضهم الطرطير المقيئ  
 والحويصلة البنفيجوسية تشابه الحويصلة الناتجة عن حرق موضعي ومع  
 ذلك فلا يجوز لاحد جعل هاتين الحالتين اللتين تغيرتهما التشريحية  
 واضطراباتهما الغذائية مطابقة لبعضهما من ضاواحد او يشاهد في السكتين  
 في نصف الاحوال تقريباً تغيران السكتي الناشئة عن التهاب السكتي  
 الجوهري الذي سبق شرحه والطحال يكون منتفخاً غالباً لنا واما التغيرات  
 التشريحية للرا كز العصبية والاعصاب الدائرية الناشئة عنها الشلل  
 الدفتيري فلم يمكن الى الآن معرفتها وكذا تغيرات الدم في الدفتير يا مجهولة  
 علينا كما في غير هذا المرض من الامراض التسممية العامة

### الاعراض والسير

يبتدى هذا المرض على الدوام بطواهر مرضية غريبة وقوية وغير خطيرة  
 في الظاهر وفي بعض الاحوال قد يحصل اضطراب قليل في الحالة العامة قبل  
 هجوم هذا المرض ببعض ايام مع تناقص في الشهية فتشتكي المريضة بحالة  
 انحطاط وتعب وميل للقشعيرات وينسدران يبتدى بنوبة قشعريرة  
 شديدة ينضم لها غشيان وفي ثم تبتدى المريضة بأن تشتكي بصعوبة  
 في الازدراء والكن هذا العارض لا يكون قويا ولا واضحا غالباً كما يشاهد  
 ذلك بكثرة في اثناء سير الذبحة الحلقية النزلية البسيطة وان كان باطن  
 الحلق لم يتغط باغشية كاذبة وكان فقط حجرا ومنتفخا احمرارا وانتفاخا  
 متفاوتين في الشدة فلا يمكن معرفة هذا المرض ولا الظن بوجوده في هذا  
 الدور الا اذا كان هذا الداء متسلطنا تسلطا وبائيا وكان المريض مجاورا  
 لمريض معتريهم هذا الداء او اعتراهم من قبل وهناك عارض مخوف  
 يظهر بمرارة وهو الانتفاخ الصلاب للعقد الليفافية الذي يحصل في محل  
 تفرع الشريان السباتي فان هذه العقد لها ارتباط لا واسطي الاوعية  
 الليفافية من الالهة والاجزاء الرخوة من الحلق كما نبه على ذلك لوشكا



فلا يثدران لا يستيقظ اهل المريض الى هذا المرض الا بعد ظهور انتفاخ  
العقد المذكورة فان التشكى بعسر الازدراد الخفيف يكون واهيا

والغالب ان يجد الطبيب من أول البحث على الخلق تغطيته باطن سنجابية  
وسحنة مبيضة من أغشية كاذبة وذلك لانه ينسدر مشاهدته لهذا المرض  
قبل ذلك وحينئذ لا يكون عند الطبيب أدنى شك في عظم وخطر هذا  
المرض بل وفي الاحوال التي فيها يكون ابتداء هذا المرض  
بدون قشعريرة شديدة وفيها تكون الحمى واهية جدا أو مفقودة بالسكينة  
والحالة العامة للمريض ليس فيها أدنى اضطراب بحيث يكاد لا يمكن حجز  
المريض في فراشهم ولو كان تعسر الازدرار قليلا والاطخ الغشائية واهية  
للغاية وتنفصل بدون تفرح وفساد بحيث يكاد لا يخلفها فقد جوهرا لا يكون  
الطبيب متأكدا من ان سير هذا المرض جيد ولا من عدم حصول  
العوارض الخطرة التي تطرأ عليه فجأة كما سنبين ذلك فيما سيأتى ولا من  
عدم حصول ظواهر الشلل في اثناء النقاهة ووجود البول الزلال في كثير  
من احوال هذا المرض ولوانى تسير بدون حمى يثبت ان التغير الجوهري  
لللكى في الدفتر يا ليس ناشئا عن ارتفاع درجة حرارة الجسم ارتفاعا عظيما  
بل ينشأ عن تسمم الجسم بالسم الدفترى بلا واسطة

واما ان كان المرض من ابتدائه شديدا أو ابتداء بنوبة قشعريرة شديدة  
وفي متكرر فيكون سيره فيما بعد ثقيل ايضا وتعسر الازدراد وان بقي غير  
قوى غالبا ولم تصل الحمى الى درجة شديدة جدا الا ان لون وجه المريض  
يبقى باهتا والاعين ذابلة والنهض صغيرا متوازاجدا وقد يكون بطيئا في  
بعض الاحوال وتكون المريض في حالة انخطاط وهبوط وعند تعفن  
الاغشية الكاذبة يتصاعد من الفم رائحة كريهة جدا وان امتد التغير  
الدفترى الى الغشاء المخاطى الانفى سال من الخياشيم المحمرة المتسلخة  
سائل منسحق متغير اللون ويزداد انتفاخ العقد العنقية وتكون هذه العقد  
صلبة ذات مقاومة وليس لها ميل للتفج وبالبحث عن البول يتضح وجود  
كمية عظيمة من الزلال في نصف الاحوال تقريبا وقد يحصل الموت بكيفية  
غريبة وذلك انه قد يطرأ مع كون الحالة العامة للمريض جيدة للغاية

بظهور اعراض المخطاط فجائية كما انه يشاهد نوب اغماء متكررة عميقة وتزول حتى تحصل نوبة جديدة تنتهي بالموت وقد ينتهي هذا المرض انتهاء جيداً ولو كان سيره ثقيلاً جداً كما ذكرنا وفي مثل هذه الاحوال تنفصل الأغشية الكاذبة بدون ان تخلفها الأغشية كاذبة جديدة وقد الجواهر الموجودة بنطفي شيئاً فشيئاً حتى يحصل التئام وحينئذ تبندئ نقاهة المرضى بعد اربعة عشر يوماً وثلاثة أسابيع الا انه يمضى زمن طويل حتى تعود الى قواها

ويحصل في صفة هذا المرض تنوع عظيم ان انضم الى التهاب الدفتيري الحلقى التهاب ليفي أى ذو غشاء كاذب في الحنجرة والقصبية الهوائية فينبذ يتصم الى الظواهر المرضية السابق ذكرها بحة في الصوت أو فقداه وعمر عظيم في التنفس وغيرهما من اعراض هذا المرض الاخير وهذا المضاعفة قد تحصل في الاحوال الخفيفة كما تحصل في الثقيلة منه وكثيرا ما يستدل من البحث بالنظر على الحلقى ومن تسلطن التهاب الدفتيري تسلطنا وبائيا على احدهذين الشكاين من التهاب الحنجري الليفى ومثل هذه الاحوال قد ينتهي بالشفاء الا ان أغلب المرضى يهلك باعراض الهبوط والانهطاط أو باعراض التنفس الغير السكالى او تنهم الدم بحمض السكر بون

وهذا المرض وان انتهى بشفاء تام في الظاهر يعقبه شلل في كثير من الاحوال وبكل من حصول الشلل الدفتيري عقب الاصابة الدفتيرية ولوا الخفيفة وبالأمر المنبهم من ان الشلل لا يعقب هذا المرض بدون واسطة بل بعد انتهاء سيره بأربعة عشر يوماً وأربعة أسابيع أى عندما يكون شفاء المريض قد تم بحسب الظاهر بوجهه مع الاتضاح عدم معرفة الارتباط الكائن بين الشلل والاصابة الدفتيرية زمناً طويلاً وأكثر أنواع الشلل الدفتيري حصولاً شلل اللهاة والبلعوم فعند شلل اللهاة يصير نطق المرضى انقيا والسوائل المزرودة ترتد من الانف ثانياً وأما ان كان البلعوم منشلاً يضافه مذر الازداد كذلك بحيث يلتصق الطبيب في بعض الاحوال الى تغذية المرضى بالصناعة بواسطة المجس المروى وكثيرا ما ينضم لشلل عضلات الاجزاء المصابة بالدفتيريا شلل عضلات العين بحيث تفقد قوة تكيف الابصار فيحصل الحول وكذا الاطراف سيما



الاقدام قد يعثر بها احيانا شلل تام أو غير تام وقد شاهدت في وباء صغير  
 طالتين من شلل تام في جميع الاطراف والحكم على عاقبة الشلل الدفتيري  
 حميد في الغالب فانه في معظم الاحوال ينتهي بالشفاء والتوجيهات  
 العديدة التي ذكرت على الشلل الدفتيري غير كافية فالتا لا نعلم يقينا ان كان  
 هذا الشلل دائريا او مركزيا وقد قيل ان الشلل الذي يعقب الدفتيريا  
 يشابه الشلل الذي يعقب احيانا بعض الامراض الثقيلة سيما التيفوس  
 الا ان هذا القول يرد بكثرة حصول الشلل الدفتيري بالنسبة لحصوله عقب  
 امراض ثقيلة أخرى وكذا بعدم التناسب السائد بين شدة هذا المرض  
 وحصول الشلل اذ يهتدي الامرين بتفسير الشلل الدفتيري عن غيره من  
 أنواع الشلل

### المعالجة

المعالجة الواقية تستدعي ان يحفظ الطبيب نفسه عند البحث من الهواء  
 المنفذ بالزفير ومن ملامسة المواد الغشائية الكاذبة أو المنسوجات  
 المتهتمكة المنسقة من المريض بواسطة السعال وان يأمر من كان منوطا  
 بخدمة المريض بالاحتراز من ذلك وينبغي تباعد أهل المريض غير  
 المنوطين بخدمة من أودته ان سمحت الحالة بذلك ثم ان الايضا باستعمال  
 وسائط علاجية باطنا وظاهرا من التي أوصى بها في هذا المرض وقيل  
 بنجاحها لم يحصل عادة الا في الازمنة الاخيرة من اوبئة الدفتيريا التي فيها  
 تكسب احوال هذا المرض خفة ويكون الشفاء فيها كثيرا فان جميع الاطباء  
 التي لها تجارب عظيمة في معالجة الدفتيريا تؤكد لنا ان جميع هذه الوسائط  
 العلاجية التي قيل بنجاحها ليس لها ادنى ثمرة في الاحوال الشديدة من هذا  
 المرض وينبغي في الاحوال الحديثة (طبقا لما يعتبر أن منشأ الدفتيريا  
 موضعي) نزع الاغذية الكاذبة مع الاحتراز ومس الاجزاء التي نزلت منها  
 بعد تحفيها بنسرات الفضة او بالجلسرين مع التنين أو محلول فوق كلورور  
 الحديد لكن لا ينبغي تكرار ذلك الامر تبين في اليوم مع عدم القساذى على  
 ذلك زما طويلا وزيادة عن ذلك يعطى للمرضى عند انتفاخ الغشاء المخاطي  
 واحمراره بشدة قطع صغيرة من الجليسد يزردونها ببطء ويؤمر لهم بتعاطي

محلول من كلورات البوتاسا ( ٤ جرام على ١٨٠ جراما أعني درهما  
على ست اواق من الماء ) مع أخذ ملعقة من هذا المحلول كل ساعتين  
وازدرا دهيطة حتى يلامس الاجزاء المريضة برهة من الزمن على قدر  
الامكان وأما الاستعمال الموضعي بالمس بالفرشاة بماء الكاور ومحلول  
تحت كبريتات الصودا ( ٤ جرام على ٣٠ جراما من الماء أعني درهما  
على اوقية من الماء وفوقه قطرات البوتاسا ) ( ٤ جرام على ٣٠ جراما من  
الماء أعني درهما على اوقية ) الذي به لا تزول الراجحة المنة فقط بل يجتمع  
ايضا تقدم سير هذا المرض وسرعة تفرجه فقد مدحه في العصر المستبعد  
كثير من الاطباء كما مدح بعضهم عند ابتداء التعفن والتفرح محلول حمض  
الفينيك من نصف جزء الى جزء على المائة أعني من نصف جرام الى جرام  
على مائة جرام وحمض الصفصافيك أو فوقه قطرات البوتاسا جرام من أحدها  
على ٣٠٠ جرام من الماء على صفة الغرغرة او المس بالكؤل المركز  
أو المخفف كما انه مدح ايضا استعمال الابخرة المائية الساخنة بالاستنشاق  
مع الوسائط المضادة للتعفن السابقة وكما امتدت الاغشية وحصل فيها  
الفساد وجب تكرار استنشاق الابخرة الساخنة جدا ومدة الاستنشاق من  
ربع ساعة الى نصف ساعة والطبيب لودويك مدح في المعالجة الموضعية  
للدفتيريا استعمال مس الاجزاء المريضة كل ساعتين بمحلول النيرين من  
ثلاثة اجزاء الى خمسة على المائة وينبغي تجنب جميع الوسائط العلاجية  
المضعفة سيما الاستفرغات الدموية بل ينبغي حفظ قوى المرضى بواسطة  
المقويات كتعاطي المركبات الكينية والحديدية واعطاء النبيذ والامراق  
المركزة المقوية وان حصل هبوط وانحطاط عظيم مع ذلك ينبغي اعطاء  
المنعشات سيما الكافور والمسك وكذا مقادير عظيمة من النبيذ وعند  
امتداد الاصابة الدفترية الى باطن الانف تستعمل الوسائط السابقة  
اما على صفة المس أو الاستنشاق أو الحقن واما الالتهاب الحفري الغشائي  
الذي يحصل في اثناء سير هذا المرض فانه يستدعي عيّن المعالجة التي  
ذكرناها عند الكلام على الالتهاب الحفري اللبي الذي غير انه لا ينبغي  
استعمال الاستفرغات الدموية ولا تعاطي الزيتي الحلو ولوى الاحوال



الحديثة والاجود عند طرقاتها واهر الاولية لهذه المضاعفة استعمال مقي  
وتكرار الاستنشاق بماء البحر كل نصف ساعة أو بمحلول حمض الصفصافيك  
(بان يؤخذ من حمض الصفصافيك ومن كربونات الصودا اجزاء متساوية  
هـ جرام على ٢٠٠ جرام من الماء المقطر) ولا ينبغي تأخير القطع الحفري  
جدا ان اريد الحصول على فائدة منه ولو ان ذلك نادر جدا في السعال  
الذي لا يقتري

واجود شي يوصى باستعماله في الشلل الذي يقتري الغسالات الباردة القصيرة  
المدة ولا سيما استعمال الحمامات البحرية والمحيطة والفاترة وقد أوصى فيه  
أيضا باستعمال التيار الكهربي المتقطع والمستمع عند بطة شفائه  
والعادة انه يزول هذا الشلل من نفسه تدريجا

### المبحث الثالث عشر

(في الحميات الاجامية او المتقطعة) \*

### في كيفية الظهور والاسباب

الحميات المتقطعة تنشأ من تسمم الجسم بجوهر مسم يسمى بالميازما الاجامية  
وبالسم الاجامي وهذا السم ليس نتيجة تحلل وفساد غير ان فساد الجواهر  
النباتية له تأثير عظيم في تكون هذا السم وازدياده والذي يؤيد حقيقة  
هذا الرأي الامور الآتية وهي ان الحميات الاجامية تكون متسلطنة  
تسلطتا وطنيا في المحال الاجامية وفي مثل هذه المحال عدد الاصابات  
المرضية يزيد تارة وينقص تارة أخرى بحسب كثرة وجود الشروط المعينة  
على فساد الجواهر النباتية في الاجام أو قلتها فان حصل برد شديد مثلا  
بحيث يتجمد المياه الراكد في الاجام شوهدت اصابات الحميات المتقطعة  
وعين ذلك يحصل في السنين الحارة الجافة جدا التي فيها تجف الاجام بالكلية  
او في السنين الرطبة الممطرة جدا التي فيها يتكون على سطح المياه الاجامية  
طبقة جديدة من المياه تقي مياه الاجام الاصلية من تأثير اشعة الشمس  
والهواء وعكس ذلك تكون السنين والفصول الحارة وغير الجافة جدا  
التي فيها تؤثر الاشعة الشمسية على الاراضي الاجامية الرطبة المتكشفة  
محصوبة بعدد عظيم من الاصابات الحمية المتقطعة وليس من المعالوم

ان كان المساعد على تكون السم الاجامى هو تحليل بعض المواد النباتية  
 المخصوصة او خاصية للماء واختلاط ماء البحار وماء الينابيع والامطار الذى  
 يحصل فى الاجام القريبة من البحار وفيضان البحار وقت المد او بالرياح  
 الشديدة يظهر ان له تأثيرا مضر اعنى مساعد على تكون السم الاجامى  
 للغاية وذلك لانه يموت فيه جزء عظيم من نباتات المياه العذبة وجزء عظيم  
 ايضا من نباتات المياه البحرية فان كلامنا من هذين النوعين من المواد  
 النباتية لا يمكنه الممينة والنمو فيه فينفسد ويتعفن ومثل الاجام بالنسبة  
 لتسلط الحيات المنقطعة تسلطنا وطينا البطاح المنخفضة جدا الكائنة  
 بقرب الانهر المعرضة لفيضاتها كل سنة ولا حاجة لايضا ح مخصوص ينبت انه  
 بواسطة فيضان الانهر يحصل ايضا موت لجزء عظيم من النباتات وتعفنه  
 فيما بعد سيما بتأثير الحرارة التابعة لذلك الفيضان تعفنا منتشرا وكذا كثرة  
 ظهور الحيات المنقطعة فى بعض المحال التى كانت ارضها متروكة وغير  
 مزروعة ثم تجددت فيها الزراعة ثانيا يطابق بالكلية حصول الحيات  
 المنقطعة فى البقاع القريبة من الاجام والبطاح اذ بذلك يتضح ويظهر على  
 سطح الارض جزو عظيم من المواد النباتية الميتة ويكون عرضة للشروط  
 المحدثة فيه التعفن وبالجملة قد ثبت بالنسبة لبعض المحال التى فيها تظهر  
 الحيات المنقطعة ولومع شروط مخالفة فى الظاهر لما تقدم اعنى من المحال  
 الجافة جدا ان ماء باطن الارض فى مثل هذه المحال كثير وانه يوجد اسفل  
 طبقتها السطحية الهشة المتشققة بحرارة الشمس اجام غائرة تحتها وجميع  
 هذه الاوصاف العمومية التى تشاهد فى أغلب المحال المتسلطنة فيها الحيات  
 المنقطعة لا تلجئنا للقول والحكم ( كما اثرنا الى ذلك فيما تقدم ) بان السم  
 الاجامى جوهر كيمائى اعنى جوهر آلى او غير آلى صلب او غازى مفصل  
 من تحليل المواد النباتية وتعفنها بل بعكس ذلك ففند الحيات المنقطعة  
 من بعض المحال الاجامية العظيمة ووجودها فى بعض المحال التى لا تكون  
 بورة لتعفن وتحلل نباتى يثبت ان الامور والشروط الخاصة بالمحال الاجامية  
 والبطاح وان كانت تعين وتساعد على تكون السم الاجامى الا انها ليست  
 من الشروط الضرورية وانما لا تسكنى بانفسرادها فى اتساج السم الاجامى



وهذا الامر يتضح سبوته من المشاهدات المعلومة من ان جميع الاشخاص  
التي تشرب من ماء اجام معلومة قد اصاب جميعها بالحى المتقطعة كما ان هناك  
مشاهدات عديدة مضادة لذلك اعنى التي فيها شرب المياه من اجام كثيرة  
اخرى لا ينتج عنه حيات متقطعة فلو كان المؤثر المرضي مجرد تحصل كماوى  
لمكان هذا الاختلاف غير ممكن توجيهه بالسكينة ولا تخشى القول مع غاية  
الصراحة والنأ كيد بان الميازما الاجامية عبارة عن جسيمات نباتية دنيئة  
نجاح نفوها متعلق بتعفن المواد النباتية وفسادها والاثبات اللا واسطى  
لهذه الجسيمات الدنيئة لم يتحقق الى الآن فان الفطر الاجامى لم يره احدا الى  
وقت ما هذا لم يكن جميع الامور التي تقدم ذكرها وغيرها من المشاهدات  
العديدة يثبت ان السم الذي يتصاعد من الاجام جوهر الى حى مشابه للسم  
الذي يتصاعد من جسم شخص مصاب بالحصبة مثلا فغير انه يوجد فرق  
عظيم بين السم الميازى الآلى المكون للسبب النوعى للحميات المتقطعة  
وبين السم المعدى الآلى الذى تنتشر عنه الامراض الطفحية الحادة  
والتي فوس الطفحى وغيره من الامراض المعدية وهو ان الجوهر المعدى  
الآلى يتولد ويتكون فى الجسم المتسمم به وان الجوهر الميازى الآلى  
لا يتكون ثانيا فى جسم مصاب بحميات متقطعة فانه لا يجد فى جسم  
الانسان المصاب به الشروط المعينة على نجاح نموه فانه لم يشاهد مطلقا  
مر يان الحى المتقطعة بواسطة انسان الى محال اخرى غير اجامية بحيث  
ان الإقامة ولو القليلة فى محل اجامى وان كفت فى الاصابة بالحى المتقطعة  
يمكن للانسان الإقامة زمنا طويلا مع المصابين بالحيات المتقطعة ولو فى اودة  
واحدة من اى مارستان بعيد عن الاجام بدون ادنى خطر ولهذا السبب  
تعتبر الحى المتقطعة مرضا ميازما محضا مخالفا لمرض المعدية  
الصرف والمعدية الميازماتية وكما انه يوجد بقاع متعددة جدا فيها تكون جميع  
الشروط المعينة على تكون الميازى الاجامية موجودة وفيها تسلطن  
الحيات المتقطعة يوجد ايضا بورات محدودة قليلة الامتداد فيها تشاهد  
احوال عديدة من الحيات المتقطعة فى زمن الربيع والصيف مع بقاء  
المحلات المحيطة بها مصونة عن هذا المرض وفى مثل هذه المحلات الاخيرة

التي هي بورة اجابية قليلة الامتداد في القرى القريبة من الاجام او بعض  
اجزاء من المدن او حاراتها المتسلطنة فيها الحمى المتقطعة تسلطنا وطنيا  
قد فعات تجارب مهمة بالنسبة لانتشار الميازما الاجامية اتضح منها ان  
هذا السم ينتشر بسهولة انتشارا وقتيا لا عوديا وأنه قد يعاق في سيره  
ولو بموانع واهية كبعض الحيطان والتعبر التجمع ونحو ذلك بحيث لا يجاوز  
الموانع المذكورة الا نادرا وذلك عند تسلطن بعض الرياح المخصوصة

ومن الغريب ان الحميات المتقطعة قد تظهر ظهورا متعاقبا على شكل  
وباء ممتد وفي مثل هذا الوبا يصيب هذا المرض عددا عظيما من الاشخاص  
في المحال التي يكون فيها تسلطنا تسلطنا وطنيا ولا يقتصر عليها فقط بل  
يمتد الى محال بعيدة لم تكن شوهت فيها الحميات المتقطعة من منذ سنين  
الامشاهدة افرادية وهذا الوبا لا يحصل دائما في السنين الحارة الرطبة جدا  
بحيث يسوغ القول بان الشروط المحدثة لتعفن الجواهر النباتية تعفنا عظيما  
وتكون مساعدة على تولد الميازما الاجامية وانتشاره وانتقاله من المحال  
التسلطن فيها على الدوام الى محال أخرى لم توجد فيها الحميات المتقطعة  
عادة بل يظهر ان ذلك ناشئ اما عن مؤثرات مجهولة معينة ايضا على تكون  
السم الاجامى او من سر يان هذه الميازما الاجامية بواسطة تيار الهواء وانتقاله  
من محل منشأه الى محال بعيدة عنه وتشاهد اوبية عظيمة من حيات متقطعة  
تسبق اوبية الهيضة الآسية بدون ان يمكن توجيه ذلك كما انه قد يشاهد في  
البلاد الحارة تسلطن الهيضة الآسية والحميات المتقطعة او تسلطن هذه  
الاخيرة مع الدوسنطاريا وهو الاغلب

ومن المستغرب جدا حصول الحميات المتقطعة حصولا افراديا ولا ينبغي  
عدا الاحوال التي فيها الاشخاص المتسممة بالميازما الاجامية وانتقلت الى  
محلات لم يكن فيها السم الاجامى وظهر عند ذلك في محل اقامتها المستجدة  
اعراض التسمم الاجامى زمنناطويلا من احوال الحميات المتقطعة الا فرادية  
وانما يوجد في بعض البلاد والقلوات احوال افرادية من الحيات المتقطعة  
لم تسكن ناشئة عن التسمم بالميازما الاجامية الآتية من محلات أخرى وفي  
مثل هذه الاحوال لا يكون عندنا الا توجيه واحد وهو القول بوجود بورات



اجامية صغيرة جدا لا تؤثر على الاشخاص البعيدة عنها وبوجود ميازما  
اجامية ضعيفة التأثير جدا لا تؤثر الا على بعض الاشخاص المستعدة لقبول  
السم الميازمي واما القول بان الحميات المتقطعة تحصل احيانا باسباب أخرى  
خلاف التسم بالميازما الاجامية فينبغي رفضه

ثم ان كل سن وجنس وبنية يظهر استعدادا للاصابة بالحميات المتقطعة  
وهذا الاستعداد وان قوى عند بعض الاشخاص وضعف عند آخرين لا يتعلق  
بالاختلافات العامة الاجامية الجوية التي سبق ذكرها بل بخصوصيات  
شخصية بعضها معلوم فان المشاق الجسمية العظيمة وغيرها من المؤثرات  
المضعفة والتباعد عن التدبير الغذائي ولا سيما تأثير البرد تزيد في الاستعداد  
ازديادا عظيما جدا بحيث ان كثير من الاشخاص التي تعرضت زمنا  
طويلا للميازما الاجامية بدون ان تنأثر منه تصاب بالحميات المتقطعة متى  
اثر عليهم اسباب من الاسباب المتقدم ذكرها وبهذه السكيفية توجه الاحوال  
التي فيها يشاهد ان الاشخاص التي مكثت زمنا طويلا في محال اجامية مصونة  
عن الاصابة بهذا المرض ولا بالحمى أيضا المتقطعة الا عند تركها لها اذ من  
الواضح في مثل هذه الاحوال ان التسم الاجامى حصل من قبل الا انه لم  
يظهر تأثيره في الجسم الذي هو قليل الاستعداد للاصابة بهذا المرض فلم  
يعقب تأثيره نتائج مضررة الا عقب تأثير اسباب مضررة اخرى على الجسم  
وزيادة الاستعداد لحصول هذا المرض ومن المؤثرات التي تزيد في  
الاستعداد للاصابة بالحميات المتقطعة حصول هذا المرض مرة او جملة مرات  
وهذا الامر مضاد بالسكاية لما يشاهد في الامراض الطفجية الحادة  
والتي فوس وتعود الجسم على السم الاجامى لا يقال به الا في الاحوال التي فيها  
تشاهد بعض الاشخاص المعرضة لتأثيره زمنا طويلا بدون ان تصاب بحميات  
متقطعة واضحة بل بحالة نهوكة غير حمية معهوبة بقد عظيم في الطحال  
ثم ان الانتشار الجغرافي للحميات المتقطعة عظيم جدا والحميات المتقطعة  
كثيرة الحصول في المناطق الحارة وتسلطن تسلطنا عظيما في المحال  
والاقطار الغير الجافة جدا (والحارة الكثيرة الامطار الدورية والمستنقعات  
النباتية كبلاد السودان) واما وجودها في المناطق المعتدلة فانه يكون

فأصرا على بعض الجهات المختلفة الامتداد ولا توجد في المناطق الباردة بالكلية

**\*(الصفات التشريحية)\***

فتجثه الهالكين بالحيات المتقطعة البسيطة من النوادر العظيمة جدا ومنها لا تتضح تغيرات واصفة سوى التغيرات الخاصة بالطحال التي سبق ذكرها في الجزء الأول والتغيرات التي تعترى الدم المتعاقبة بالتسمم الاجامى في احوال الحيات المتقطعة البسيطة لم يمكن اثباتها بالبحث الكيماوى ولا الميكروسكوبى وفقر الدم لقلة احتوائه على الكرات الدموية الحمراء والمادة الزلالية التي تشاهد على الدوام في احوال الحيات المتقطعة المزمنة ينتج عن النبوكة الناشئة عن الحى الشديدة وتغير الطحال وعند فعل الصفات التشريحية في جثة الهالكين بالحيات المتقطعة الحبيثة كثيرا ما توجد علامات الميلاغميا واحيانا توجد مصلات التهابات وانسكابات دموية او حتمقات شديدة في الاعضاء المختلفة

**\*(الاعراض والسير)\***

(اولا الحى المتقطعة البسيطة) امامة تفرغ السم الاجامى فليست معروفة معرفة كيدة ويظهر انه يعضى بالاكثر ١٤ يوما من ابتداء تأثير الميازما الاجادية الى حين ظهور الاعراض الابتدائية ويظهر في بعض الاحوال ان الطواهر المرضية تعقب تأثير السم الاجامى بلا واسطة وقبل ان تتضح في اثناء سير الحيات المتقطعة البسيطة الصفة التي استعار منها هذا المرض تسميته اعني قبل ان تتضح نوب الحى (وهى النوب الحى) والازمنة الحالية منها (وهى الفترات) وتتعاقب بعضها لا يندر ان يتضح التسمم بالسم الاجامى باضطراب عام في البنية اضطرابا مستمرا او مترددا نزدا مختلفا الوضوح مع اضطراب في الوظائف المختلفة وهذا الاضطراب العام الذي يعتبر دورا سابقا للحى المتقطعة ليس ذا وصف مخصوص ولا يتميز عن الادوار السابقة لفسير هذا المرض من الامراض التسممية العامة الا باعتبار تسلطن هذا المرض تسلطنا وطنيا او وراثيا وبعد استقرار الاعراض السابقة جملة ايام او قد هان في احوال اخرى تظهر



## النوبة الاولى من الحمى المتقطعة

ثم انه يميز لنوبة الحمى المتقطعة ثلاثة ادوار وهي دور القشعريرة ودور الحرارة ودور العرق اما دور القشعريرة فانه يتبدأ بجلل وضعف وتكسر عظيم فالمرضى تشاب بكثرة وتغيير على تمديد اطرافها (المعروف بالتمطى) وينضم لذلك بسرعة الاحساس بالبرد المحسوس للمريض ويكون في الابتداء على هيئة قشعريرة خفيفة تتردد زمنا ثم يصير على هيئة قشعريرة مستمرة بحيث تتطلب المرضى الغطاء بكثرة لاجل التدفئة وعند ارتقاء هذه القشعريرة يعتري الاطراف اهتزاز اغبر ارادى فتتلاطم الشفتان والاسنان وكثيرا ما يرتعد الجسم في الفراش وعند ابتداء دور القشعريرة يحصل ألم في الرأس كثير الشدة او قلياها مع احساس بضيق في الصدر وسرعة في حركات التنفس والتكلم يصير غير واضح بسبب سرعة التنفس وتلاطم الشفتين المتكررة ولا يندران يحصل فيهما ان كان المريض متعاطيا لاغذية قبل حصول النوبة بزمان قليل وعند البحث على الحالة الظاهرة للمريض ترى له هيئة مخصوصة تشابه هيئة شخص تعرض لدرجة برودة عظيمة زمانا طويلا بدون غطاء مدثر له فيبرد بردا شديدا فان حجم الجسم يظهر متناقضا والوجه منكر شا والانف مديبا والاصابع رمادية بحيث يخرج الخاتم منها وحيث ان توارد الدم الشرياني نحو الجلد يكون معاقا لذلك يظهر غمقا للغاية وحيث ان الدم الوريدي يكون مجعنا ومتراكما في الاوردة والتفرعات الوريدية الشعرية فيظهر كل من الشفتين واظافر اصابع اليدين والقدمين ذالون مزررق ولا يندران يكون توارد الدم نحو الاصابع معاقا بالكلية بحيث تصير هيئتها كالشمع الاصفر فاقدة الاحساس ولا تدعى عند جرحها وزيادة على ذلك يظهر في جلد الاطراف او بالبدن هيئة شبيهة بجلد الاوز ويكون النبض سر يعاجدا صغيرا صلبا والغالب ان يكون الافراز البولي متزايدا والبول الخارج ذا وزن نوعي خفيف وبالبحث الطبيعى يتضح غالبا ازدياد في حجم الطحال وفي اثناء ما تتعادل حرارة دائرة الجسم في دور القشعريرة مع حرارة الاوساط المحيطة بها شيئا فشيئا بسبب عروق توارد الدم الشرياني الساخن وتتناقص بجملة

درجات تبعاً لذلك تبكون حرارة الدم والاعضاء الباطنية آخذة في الازدياد وهذا الازدياد يحصل قبل ان يبتدئ دور القشعريرة ويبلغ درجتين او ثلاثة او ازيد من ذلك في الاحوال الثقيلة جداً

وجميع الاعراض المذكورة يمكن نسبة معظمها الى انه في دور القشعريرة الحمية يحصل في الطبقة العضلية للجلد وللشرايين الدائرية حالة انقباض تشنجي والنتيجة اللاواسطية لهذا التشنج هي حالة جلد الاور وصغر النبض وصلابته ووقوع الانامل في حالة تكمش شبيهة بالموت وكذا بالانقباض التشنجي لعضلات الجلد وجدر الشرايين الدائرية يتعلق التناقص الظاهري لحجم الجسم وجفاف الجلد وبها تته وتراكم الدم في الاوردة وانخفاض درجة حرارة الجسم في سطحه الظاهر واحساس المريض بالقشعريرة يكون عظيمًا جداً بحيث لا يمكن نسبته الى مجرد انخفاض درجة الحرارة في دائرة الجسم واما بقاء الجسم من الظاهر بارداً زماناً طويلاً ولو كان مدثراً باغطية ثقيلة فانه يتعاقب بتناقص تولد الحرارة فيه لقلة توارد الدم الشرياني نحو السطح الظاهر وهذه الظاهرة غريبة سيما وان سطح الجسم لا يترك حرارته الى ما كان محيطاً به ثم انه باضطراب الدورة في دائرة الجسم يزداد الضغط الجانبي في اوعية الاعضاء الباطنة وحيث لا تعلم ان كان تشنج الطبقة العضلية الوعائية للشرايين الدائرية قاصراً على هذه الاوعية ولم يمتد الى الشرايين المتوزعة باطن الجسم ام لا فمن المشكوك فيه ان كان صكل من الم الرأس والصدر وسرعة التنفس والقيء وازدياد الافراز البولي وانتفاخ الطحال متعلفاً باحتقان تواردي تفممي جانبي في الاعضاء الباطنة ام لا وعلى كل حال فان الاحتقان التواردي التفممي للطحال ليس هو السبب الوحيد في تمده وانتفاخه ومدة دور القشعريرة يمتد من نصف ساعة الى ثلاث ساعات وفي الادوار الابدائية من الحمى يكون هذا الدور قصيراً وغير شديداً بخلافه في النوب المتأخرة من هذا المرض وعند استمرار الحمى المتقطعة زماناً طويلاً تأخذ شدته وامتداده في التناقص ثانياً واما دور الحرارة فانه لا يحصل فجأة بل تدريجياً والاحساس بالقشعريرة يكون متقطعاً باحساس بحرارة وقتية ثم بصير الاحساس بتزايد الحرارة



مسقرا وحينئذ يزداد ألم الرأس وتقع الموضع في حالة قلق ولا يندران يحصل  
 عندها هذيان أو تقع في حالة خدر خفيفة وكذا الاحساس بالضيق في الصدر  
 يتزايد وأما التنفس فإنه يصير بطئا ويزداد العطش جدا وكذا تتغير الهيئة  
 الظاهرة للمريض فإن كلامه من جلد الاوز واللون السيانوزي الشفتين واطراف  
 الاصابع والوجه يصير شحرا داهكنا وكثيرا ما يظهر طفم هر بعي على  
 الشفتين والنبض الذي كان ابتدا أصغرا منقبضا يصير ممتلئا واضحا  
 وضربات الشرايين السباتية تكون عظيمة والبول المنفر زمتر كزاو يتناقص  
 ارتفاع الطحال وحرارة الجسم تتزايد ايضا في دائرته فإن درجة حرارة الدم  
 ترتقي في ابتداء هذا الدور الى غاية شدتها وتبقى على هذه الحالة مدة من  
 الزمن ثم يحصل نحو انتهاء دور الحرارة انحطاط بطئ وجميع هذه الظواهر  
 تثبت ان تشنج الطيقة العضلية الجلدية والوعائية قد زال وحل محله حالة  
 تقرب من نصف شلالية واسترخاء جواهر الجلد وجدر الاوعية بوجهه  
 بسهولة تزايد توارد الدم الى الاعضاء التي كانت خالية عنه في دور القشعريرة  
 وازدياد امتلاء بالدم وارتفاع درجة حرارتها وكل من الآلام الشديدة  
 للرأس والاحساس بالضيق في الصدر الذي لا يندران ينضم اليه ظواهر  
 نزلية وارتفاع الطحال بلهنا القول مع التقريب بان شرايين الدماغ والشعب  
 والطحال تكون في حالة شبيهة بالحالة التي تكون عليها شرايين دائرة الجسم  
 ومدة دور الحرارة تختلف باختلاف الاحوال المرضية فقد تكون من بعض  
 ساعات او اقل وقد تستمر في الاحوال الثقيلة من ست ساعات الى ثمانية  
 بل والى ٣ ساعة قبل ظهور العرق على الجسم واما دور العرق فإنه  
 يتبدى بتندية جلد الاطراف والباطن والجلد اقليل ينتشر العرق على جميع الجسم  
 ويكون في الابتداء لطيفا ثم يصير غزيرا وحينئذ تحس المريض بالراحة  
 العظيمة وتتناقص آلام الرأس ثم تزول تدريجا بالكلية ويتنبيه الدماغ  
 ويزول الضيق وكل من عرق حركات التنفس وسرعته يعود الى حالته  
 الطبيعية وتتناقص العطش ويصير النبض عظميا رخوا وتتناقص سرعته  
 ايضا والبول اذا كن يرب منه عادة راسب من املاح بولية وهذه الظاهرة  
 تنشأ عن ترك البول بسبب الفقد المائي العظيم الحاصل بواسطة التبخير

الجلدي العظيم وتفقد هذه الظاهرة عندما يهبط المرء بضع كبيرة عظيمة من الماء شرباً ودرجة الحرارة في دور العرق تنخفض بالتدريج بحيث تصل الى درجتها الطبيعية تقريباً نحو انتهاء هذا الدور وحينئذ تزول النوبة وتبتدى الفترة واغلب المرضى تقع في حالة نوم عميق تستيقظ منه مع حالة ملل وهبوط عظيم الا انها تكون ممتعة بحالة صحّة جيدة في الظاهر ثم ان كانت جميع ادوار نوبة الحمى المتقطعة واضحة بحيث يميز الحمى بالنامة واما ان فقد احد الادوار او كان غير واضح جداً يميز بالغير النامة وفي بعض الاحوال النادرة قد لا تتعاقب ادوار الحمى على هذا النمط المنتظم الطبيعى بحيث ان دور العرق شريطة يحصل في انتهاء النوبة لا في ابتدائها (وهذا ما يسمى بالطرز المنعكس)

واما الفترة (اعنى الزمن الخالى من نوبة الحمى) فيندر ان تكون نقية بعد النوب الابتدائية من الحمى فالمرضى وان لم يوجد عندهم في اثنائها حركة حمية بل في كثير من الاحوال تكون درجة حرارتهم منخفضة عن الحالة الطبيعية ونبضهم قليل السرعة الا ان الشهية تبقى متناقصة غالباً واللسان مغطى والهضم مضطرباً ويوجد عندهم حساسية عظيمة بالنسبة للتقلبات الجوية وتشتكى بحالة توعل عام ثم بعد بعض نوب تزول هذه الاضطرابات عادة فلا يشاهد في اثناء الفترة ظواهر مرضية سوى حالة ضعف وفقر في الدم تزداد شيئاً فشيئاً وعند استمرار الحمى المتقطعة زمناً طويلاً تصبح الفترات غير نقية والطرز المتقطع يقرب من الطرز المتردد شيئاً فشيئاً وهذا ما يسمى بالحمى المتقطعة تحت الدائمة ثم انه بحسب الطرز الذى به تتعاقب نوب الحمى مع بعضها تميز الحمى المتقطعة الى يومية وثلاثية ورباعية

فاما اليومية او الطرز اليومي ففيه تحصل نوبة الحمى التالية بعد ٢٤ ساعة وفي الطرز الثلاثي بعد ٤٨ ساعة الرباعي بعد ٧٢ ساعة واما وجود اشكال اخرى فيها تتأخر نوبة الحمى ٥ ايام او ٦ او ٧ او ازيد من ذلك فغيرا كيد والطرز الكثير الحصول هو الثلاثي واليومي وان حصلت النوبة الثالثة في اليوم المعالوم من الحمى في ساعة متقدمة عن اليوم السابق سمي هذا الطرز بالطرز المتقدم وان حصل عكس ذلك



سمى بالطرز المتأخر ثم انه بهذا التقدم او التأخر يمكن ان يتغير طرز الحمى  
 فيستحيل من الطرز اليومي الى الثلاثي والعكس بالعكس وان استمرت  
 نوبة الحمى مدة طويلة من الزمن بحيث ان انتهاء النوبة يصادف ابتداء  
 النوبة التالية نشأ ما يسمى بالحمى المتقطعة المتداخلة واما الحمى المتقطعة  
 المزدوجة فيعني بها الحمى المتقطعة التي فيها تكون فترة الطرز اليومي  
 والثلاثي والرابعي متقطعة بنوبة حية خفيفة قصيرة تحصل غالباً في ساعة  
 من النهار مخالفة لساعة نوبة الحمى القوية ففي الطرز اليومي تحصل نوبتان  
 في كل يوم احدها قوية والاخرى خفيفة وفي الطرز الثلاثي المزدوج  
 تحصل نوبة واحدة في كل يوم احدها ثقيلة تحصل في ايام النوبة الاصلية  
 والاخرى خفيفة تحصل في ايام الهترة واما الطرز الرابعي المزدوج ففيه  
 تحصل فترة في كل يومين متواليين واليوم الثالث يبقى خالياً

ولا تبتدى الحمى المتقطعة بشكل مزدوج البتة بل الغالب ان يظهر هذا  
 الطرز المزدوج بعد استمرار الحمى زمناً طويلاً لاسيما عقب حصول نكسات  
 متكررة

ثم ان سير الحمى المتقطعة كثيراً ما يتنوع بتأثير الجواهر الدوائية سيما  
 باعطاء المركبات الكينية بحيث يندر وجود طبيب يعرف سير هذا المرض  
 اذا ترك نفسه من مشاهداته الخاصة به بمعنى انه يعرف سير هذا المرض  
 الطبيعى فخرقة هذا الامر قد اتخذناها من مشاهدات اطباء  
 الاميوباتيين واستنبطنا من ذلك بعض حقائق مهمة بالنسبة لهذا المرض  
 فمنها انه لا شك في كون نوب الحمى وفتراتها الناشئة عن تأثير السم الاجامى  
 يستمر زمناً طويلاً ولولم يكن المريض معرضاً لتأثير السم الاجامى وبعيداً عنه  
 (فقد شاهدت شاباً بحاراً كان اصيب في جريفة والد) بحمى متقطعة وشفي  
 منها وبعد النوبة الاخيرة بأربعة اسابيع قد اصيب بنكسة من هذا المرض وهو  
 مسافر في مركبه كما وانه قد ثبت ان اعراض التسمم الاجامى تزول  
 بدون معالجة طبية بعد زوال تأثير السم الاجامى بزمان طويل فن الواجب  
 حينئذ التحقق منه هو انه ليس فقط يزول تأثير السم من الاشخاص التي  
 تترك المحلات الاجامية بعد اصابتها بالحمى المتقطعة بل كذلك الاشخاص

التي تبقى فيها فانه يزول منها ايضا بعد انطفائه ولذا لا يجب ان نهتم متى لم نشاهد اصابات جديدة من الحمى المتقطعة في محال متسلطن فيها هذا المرض عادة اعتبار شفاء الحمى المتقطعة التي كانت تعالج بدون نجاح الى وقت شفائها دليلا على جودة الجوهر الدوائي المستعمل وحيث ان تسلطن السم الاجامى في بلادنا لا يستمر الا بعض اشهر فن الاكيد ان الشفاء الذاتي لهذا المرض يحصل في أحوال عديدة وهناك مسألة أخرى وهي هل من الممكن التعود على تأثير هذا السم الاجامى المضر بتأثيره المستمر بحيث تنطفئ ظواهر التسمم الاجامى

وعلى كل حال فكل هذه الاحوال يمد من النوادر والغالب انه باستمرار تأثير هذا السم تأثيرا مستمرا تنوع ظواهر التسمم فقط بحيث ينشأ عن الحمى المتقطعة البسيطة حمى متقطعة تحت الدائمة اوسواء القنية الاجامى المزمن غير الحمى

ثم ان أغلب الحميات المتقطعة يتسدى بالطرز الثلاثى او اليومى بعدمضى دور الاعراض السابقة كما ذكرناه عند الكلام على نوب الحمى وقراتها وفي الابتداء تكون الفترات غير واضحة ثم تتضح بعد نوب حمية وبعدها مدة قصيرة لهذا المرض يكون لون المريض ممتقعا وهذا التغير يحصل بسرعة وبتضح جدا كلما كان انتفاخ الطحال عظيما واما اذا بقي هذا العضو صغيرا الحجم بان كانت محفظة متينة وغير قابلة للتدد او كان تمدده وانتفاخه معاقين باسباب غير معلومة لنا فان لون وجه المريض لا يكتسب هذه الهيئة المنتقعة الخاصة الا فيما بعد وقد استنبطنا من هذا الامر السهل الادراك في الحميات المتقطعة البسيطة الحديثة ومن امر آخر وهو رجوع اللون الممتقع للوجه بسرعة متى أمكن تنقيص انتفاخ الطحال وتمتد بسرعة ان اللون الممتقع الواضح للمرضى عقب النوب الابتدائية للحميات المتقطعة لا ينتج عن فقر الدم العمومى فقط بل معظمه في الطحال لاعن قلة الدم في الجلد الذى أدى اليه التراكم العظيم فانه يوضع بحجم المعظم لم يوتد على احد الاطراف لاي شخص يحصل ولا بد احتقان عظيم جدا في هذا الطرف وقلة دم باقى اجزاء الجسم تبعاً لذلك وعند رفع هذا الحجم يعود توزيع



الدم الى حالته الطبيعية بسرعة وليس الفصد من هذا القول ان ارتفاع الحرارة في كل حي متقطعة تخالف حي باقي الامراض الحمية بالنسبة لنهوك الجسم بل بعكس ذلك فانه لولا وجود ازمة خالية من الحمى في هذا المرض أعنى فترات بين نوب هذا المرض وبعضها في اثنائها تقف نهوك الجسم وتدخل فيه جواهر مغذية ومعوضة للفقد الحاصل من الحمى زيادة عن غيرها من الامراض الحمية لسكانت الحمى المتقطعة أكثر الامراض ثقلا وخطرا بلا شك فان الفقد الجوهري الذي يحصل في هذا المرض من الارتفاع العظيم لدرجة الحرارة (التي تجاوز ٤١ درجة) او يزيد في هذا المرض عظيم جدا وهذا لا يستنتج مع التأكيده من كثرة تكون البولينا فقط بل منه ومن النعافة وسوء القنية المائي اللذين يحصلان في كل حي متقطعة طويلة المدة ولا شك في ان تكون البولينا يزداد في اثناء النوب فقط لافي اثناء الفترات لكن قد وجدت في حالتين من الحمى الرباعية ازدياد في افراز البولينا مدة الفترات ايضا وبعبارة أخرى ان البولينا المتكونة بكثرة في اثناء النوبة تنقذ فيهما بعد مدة الفترة ثم انه ان لم يمكن إيقاف نوب الحمى زمنا قزما او بالكلية بواسطة اعطاء المركبات الكينية او لم تزل من ذاتها بسرعة وصلت الايدريماي سوء القنية المائي الى درجة عظيمة جدا بحيث يحصل استسقاء عمومي متفاوت الشدة في كثير من الاحوال فيها لا يكون الافراز البوليني متناقضا ويندر ان يكون البول محتويا على مواد زلالية وهذا الاستسقاء يشابه ما يحصل في غير هذا المرض من الامراض المنهكة ولو كان من القريب للعقل ان التغيرات الجوهرية والوظيفية للطحال التي تحصل في اثناء سير الحيات المتقطعة المستطيلة تساعد كذلك على حصول الادريما العظيمة الدرجة والاستسقاء بكثرة وكلما استطالت مدة الحمى المتقطعة خشي من حصول تغيرات جوهرية مستمرة في الطحال والكبد والكيتين وهذه التغيرات تكسب عادة شكل الاستحالة القحطية مع تراكم مواد بجمينية فتؤدي الى نهوك غير قابل للشفاء كما انه لا يندر ان تؤدي الحمى المتقطعة المستطيلة الى التهاب كلوي جوهري من اولى سوء القنية التزيفي

في أحوال أخرى وجميع هذه العوارض الثقيلة للحمى المتقطعة البسيطة  
 المعبر عنها بالكاشكسيا الاجامية يمكن تجنب حصتها بواسطة معالجة  
 لايقة في غالب الاحوال فلا يحصل كل من الاستسقاء والاستحالة الشحمية  
 في الاعضاء الغددية من البطن والكاشكسيا الغير القابلة للشفاء الا نادرا  
 جدا ولو في المحال المتسلطن فيها السم الآجامي تسلطنا وطنيا بشدة عظيمة  
 فادامت المعالجة لايقة والكينين وغيره من الجواهر الدوائية المعالومة  
 وان لم يكن قاطعا للتسمم الآجامي بحيث باعطائه يزول المرض كلية  
 الا ان تأثيره الخطر بالنسبة للعرض المهدد من هذا التسمم وهو الحمى يكاد  
 يكون أكيدا دائما فانه عقب استعمال هذا الجوهر الدوائي بمقدار  
 مناسب يمتنع حصول عددة من النوب الحمية بدون استثناء وحيث  
 ان كلامنا من الكاشكسيا الاجامية وفقر الدم بل واصابة الطحال يتعلق  
 بالحمى فالمرضى لا يحصل عندهم في اثناء تأثيره تناقص في حالة المرض فقط  
 بل ان حالتهم تتحسن جسدا وتعود لهم قواهم ولو لم يكن المرض قد انطفي  
 بالكلية ولا مانع من تسمية النوب الحمية التي تحصل عقب انقطاع تأثير  
 الكينين بالنكسات وذلك على سبيل الاختصار لكن هذه التسمية ان نظرنا  
 للحقيقة غير صائبة فان الاحوال التي فيها تحصل هذه النكسات عقب  
 الانتقال الى محال خالية عن السم الآجامي يثبت منها مع التأكيد ان  
 الذي زال ليس هو المرض بتمامه بل عرضا من اعراضه وقد قالت الاطباء  
 الاوميانيون انه لا يعقب طرقهم العلاجية نكسات ولهذا القول بعض  
 اساس في الحقيقة فان النوبة الحمية ان كانت ذات بواسطة المعالجة  
 الاوميوبائية فلا بد وان يكون المرض قد انطفئ بالكلية والامر المعلوم  
 من انه بتعاطي مقدار كاف من الكينين كثيرا ما لا تحصل نكسات هذا  
 المرض يرجح القول بان هذا الجوهر الدوائي له زيادة عن تأثيره الملطف  
 لنوع الحمى تأثير جيد اضافي عموم هذا التغير المرضي الناتج عن التسمم  
 الآجامي فمن الجائز ان تأثيره الملطف يستمر في مثل هذه الاحوال  
 حتى ينطفئ التغير المرضي من ذاته وفي الاحوال التي بها يؤثر الكينين  
 تأثيرا ملطفا مع التأكيد وهو الغالب يتقطع عددة من النوب



فلا تحصل وذلك من سبعة اواربعة عشر الى احدى وعشرين فالتوبة  
التالية لذلك تحصل اما في اليوم الرابع عشر او بعد الاسبوع الثالث او  
الرابع ويندر ان تحصل قبل ذلك ويظهر طبعا لما شهد ان القول بحصول  
النكسة دائما في اليوم الرابع عشر او الواحد والعشرين او الثامن  
والعشرين من المبالغات فاني كثيرا ما شاهدت حصول النكسات قبل  
هذا الزمن او بعده ببعض أيام وليس من النادر حصول النكسة ثلاث  
مرات او اربعة او ازيد من ذلك حتى ينطفي هذا المرض بالكلية بعد ابداده  
بجلاء شهر مع التقطع واطن انه من الجيد ذكر سير الحمى المتقطعة المتنوع  
بتعاطي الكينين عند الكلام على اعراض هذا المرض ولان اغلب  
الاطباء يكاد لا يتيسر له مشاهدة الحمى المتقطعة بدون هذا السير المتنوع  
فان كثيرا مما ذكره في كتاب علم الامراض الباطنة على سير الحمى  
المتقطعة لا سيما نكساتها لا يطابق في الحقيقة الصورة المرضية للحمى  
المتقطعة التي تترك ونفسها

**\*(ثانيا الحمى المتقطعة الخبيثة)\***

قد تكون كل نوبة حمية خطيرة خطيرة بالنسبة للاطفال والطاعنين في السن  
والاخصاص المنهوكين وغيرهم من المرضى بدون ان تكون ذات شدة  
ولامدة غير اعتيادية ولا مصحوبة بمضاعفات فان الاطفال الذين يكونون  
مستعدين للتشنجات لا يندر ان يحصل عندهم في دور القشعريرة نوب تشنجية  
صرعية كما يحصل عندهم ذلك كظاهرة ابتدائية لبعض الامراض الالتهابية  
تعتبرهم ولا ينشأ عن هذه النوبة خطر عادة لكنها قد تؤدي احيا نال الى شلل  
عمومي وتنتهي بالموت وعند الطاعنين في السن والمنهوكين ينشأ خطر النوبة  
الحمية عن الانحطاط والهبوط التام لما تبقى عن الاثر الضعيف من القوى  
ومثل هذه الاحوال التي تنتهي انهاء مخزنا بسبب الاحوال الشخصية  
الخصوصية للمريض المصاب لا يعد من الحميات المتقطعة الخبيثة

ثم ان من الحميات المتقطعة ما يكتب بصفة خبيثة بان تكون الظواهر  
المرضية الاعتيادية ذات شدة عظيمة او مدة طويلة جدا ومن ذلك الاحوال  
التي فيها يصير احتمال الطحال عظيما جدا بحيث يؤدي لتمزقه او التي فيها

يصل دور القشعريرة الى درجة شديدة جدا بحيث يحصل في الدورة عوق  
عظيم خطر وكذلك التي فيها لا ينتهي دور الحمى بعد ست ساعات او عشر  
بل يستمر اربعا وعشر بين ساعة وازيد من ذلك فيخلفه هبوط عظيم جدا  
وكذلك التي فيها يمتد بعض الادوار امتدادا عظيما فائق الحسد والظاهر  
انه يجوز عتبه بعض احوال الحمى المتقطعة الخبيثة المعبر عنها بالخدرية من هذا  
التقيل فانه لا يوجد في هذا النوع مضاعفة مرضية بل ارتفاع عظيم في  
الظواهر المرضية الاعتيادية فانه في احوال الحمى المتقطعة البسيطة  
الاعتيادية يحصل ارتفاع عظيم في درجة حرارة الجسم كما يكاد لا يشاهد ذلك  
في غير هذا المرض من الامراض وانما السبب في تحمل المرضى لها بدون  
خطر على الحياة انما هو قصر الزمن الذي تمكث فيه الحرارة من تفرقة  
وفي جميع الامراض التي فيها درجة الحرارة تتجاوز جدا الحد الطبيعي  
او التي تمكث فيها مدة مستطيلة في درجة من تفرقة تظهر علامات  
الضعف العظيم ثم شلل القلب وهذه الاعراض التي تكون هي الواصفة  
لاشكال الحميات المتقطعة الخبيثة الخدرية فكأن الخدر العميق الذي  
تقع فيه المرضى في الحمى المتقطعة الكوماوية اي الخدرية والذهيان الذي  
يسبق الخدر يزكرنا الظواهر المرضية التي تشاهد في التيفوس والحصبة  
الخبيثة وغير ذلك من الامراض التمهية المصحوبة بحمى شديدة وفي غالب  
هذه الاحوال اذا حصل الهلاك لا يوجد في الدماغ تغيرات تشرىحية  
واما الحمى المتقطعة الجليدية ففيها تضعف ضربات القلب شيئا فشيئا  
ويصغر النبض ويتجمع الدم في المجموع الوريدي فيحصل السيانوز وحرارة  
ظاهر الجسم تتعادل مع ما يحيط به من الاوساط فان فقد الحرارة عند عوق  
الدورة ووقوفها في ظاهرا الجسم لا يستعاض ثانيا بوز ودم شرياني حار  
فيبرد جسم المرضى وبالاختصار تحصل ظواهر الشلل الحاد من القلب التي  
تظهر من شدة ارتفاع الحمى ويوجد ولا بد في هذه الاشكال الثقيلة من  
الحمى المتقطعة تجمع كمية عظيمة من كرات بجمنتية في الدم لكن  
وجود الميسلانيميا مع سير الحمى المتقطعة الثقيل لا يلجأنا للقول باعتبار  
هذا الاخير نتيجة الاول فقد ذكر المعلم فريركس عدة احوال وجد فيها



الميلانها في جهة الهاكين بالحميات المتقطعة مع ظواهر دماغية ثقيلة  
الكن لم يجد فيها مادة ملونة بجمنتية في أوعية الدماغ نفسه وقد شاهدت حالة  
تشابه ما ذكر

ومن جملة الحميات المتقطعة الخبيثة الحدرية الاحوال التي ينتج فيها عن كل  
من الاحتقان الشديد والانزفة والالتهابات والاضطرابات الدورية الناشئة  
عن انسداد الاوعية الشعرية بواسطة التراكبات الجمنتية في الاعضاء  
المختلفة سير خبيث لهذا المرض ومما يقرب للعقل ان هذه الاضطرابات  
الغذائية والدورية في الاعضاء العصبية المركزية هي التي ينشأ عنها النوب  
الجنونية والسكتية والصرعية والتيتنوسية التي تضاعف احيانا النوب  
الحمية وتؤدي الى تمييز الحمى المتقطعة الخبيثة الى جنونية وسكتية  
وصرعية وتيتنوسية والالتهاب الشعبي التزلي المتفاوت الشدة الذي يشور  
في اثناء كل نوبة حمية وينحط مدة الفترة يكون مضاعفة للحمى المتقطعة  
بكثرة وان لم يكن خطرا جديا ويندر ان تكون الحمى المتقطعة الخبيثة  
الحدرية رثوية أو بلوراوية أو مصحوبة بالذئب الدموي المتقطع وفي كثير  
من احوال هذه الحمى المتقطعة يحصل البرقان وقد يؤدي الافراز الدموي  
الشديد والاسهال الغزير أو القيء الشديد الى تسكاثف في كتلة الدم فتصير  
نوب الحمى مشابهة بالسكتية للدور الجليدي من الهبضة الهندية أو الآسية  
وقد يحصل في بعض احوال هذا المرض نزيف معوي غزير متقطع ( فقد  
شاهد المعلم فريركس في احدى وخمين حالة من الحمى المتقطعة الخبيثة  
سبعة عشر مصحوبة باسهال غزير وثلاثة بنزيف معوي غزير ) وليس  
من الاكيد في جميع احوال معرفة كون الافراز والتزيف المعويين  
المذكورين حاصلين من الاحتباس الشديد الذي يتكوّن في الاوعية  
المعوية من انسداد الاوردة السكبديّة بواسطة السداد الجمنتية ام لا  
وبالجملة فلنذكر مضاعفة الحمى المتقطعة باصابة الكلاء وتضاعف البول  
الزلالى او الدموى وبانقطاع البول في الاحوال الثقيلة وفي الاحدى  
وخمين حالة التي شاهدناها المعلم المذكور وجد البول الزلالى عشرين مرة  
وانقطاعه خمس مرات

ثم ان الحميات المتقطعة الخبيثة وان كثر حصولها في الجهات الاجامية من البلاد الحارة الا أنه لا يندر ما شهدتها عندنا في الجهات التي يوجد فيها السم الاجامى بشدة فتشاهد من فردة في جميع الاوبية العظيمة من الحميات المتقطعة وصفتها الخبيثة تتضح اما ابتداء أدنى النوبة الثانية أو الثالثة أو بعد ذلك وكثيرا ما تصير الفترات بعد ظهور الظواهر الخدرية الخبيثة غير واضحة بالكلية بحيث يصعب التشخيص جدا بل يتعذر فاغلب المرضى في الاوبية التي شاهدناها فريركس كانت ترسل في المارستان مشخصة بانها احوال تيفوسية

### ثالثا الحميات المتقطعة الخفيفة او المبرقة

القاعدة العامة ان التسمم بالميازيم الاجامية ينشأ عنه الحمى المتقطعة لكن قد يشاهد احيانا بعض استثناءات من ذلك وهو انه ينشأ عن هذا التسمم بدلا عن نوب الحمى المتقطعة الم عصبية تكون نوبه منعزلة عن بعضها بانحطاط منتظم يشبه قترات الحمى المتقطعة البسيطة وهذا الاختلاف منهم علينا وان كان ذلك حاصل بالنسبة لنوب الحمى المتقطعة ولو البسيطة فان توجيه حصولها خفي ايضا والالام العصبية المتقطعة الناشئة عن التسمم الاجامى المسماة باحوال الحميات المتقطعة المبرقة تصيب بالاكثر الفرع فوق الحجاج ويندر ان تكون مصيبة لباقي فروع التوعى الثلاث او غيره من التفرعات العصبية ولا حاجة لذكر نوب الالام وشرحها فانها لا تخالف نوب الالام العصبية الناشئة عن سبب آخر والظاهر ان هذه النوب تصطبغ غالباً بحمى خفيفة تدرك بالترموستركا يظهر أيضا انه في بعض الاحوال النادرة قد تنشأ اضطرابات في الاعصاب الدماغية الشوكية او الوعائية بتأثير السم الاجامى كالانسمازياء المتقطعة اى تماقص الاحساس المتقطع والشلل والاختلاجات والاضطرابات العقلية واحتقان الاعضاء المختلفة واوذيمها بل ذكر بعضهم تفسيرات التهايسة مترددة كالنزلات الشعبية والذبحات والحجرة الوجهية والرمد واليرقان واعتبرها اشكالا اجامية مبرقة



### في المعالجة

المعالجة الواقية من هذا المرض تستدعي كون الحكومة المحلية تعنى  
وتهتم في ازالة الاسباب المرتب عنها تكون الميازما الاجامية بواسطة  
وسائط صحية عمومية وذلك بتجفيف المستنقعات الاجامية المتسلط بجوارها  
الحميات المتقطعة تسلطنا وطينا واعمال الجسور اللازمة لحفظ الاماكن  
المستجرة اعنى التهفظة وما عدا ذلك يلزم المقيم في تلك الجهات قليلا  
او كثير التسك ببعض الوسائط الصحية التي هي أجود من استعمال اي  
جوهر دوائى ويحفظ من التأثير المضر للسم الاجامى وقد نبه المعلم هوسكا  
في تأليفه على الامراض الباطنية من تسكنا الى تجارب شخصية اكدت على  
انه يجب على من اقام بالبقاع الاجامية او الذهاب اليها التسك  
بالاحتراسات الصحية الآتية وهي ان يتبع بمجرد قدومه اليها بدون تأخير  
نوع معيشة سكانها فيشرب من مشروباتها الروحية وخلافها كالقهوة  
والشاي والليمونات بحسب الاماكن ويتعاطى اغذيتها المتبيلة بالاقاويه  
ويتجنب الاكل بكثرة في المساء ولا يشرب الماء العذب الا بعد تنقيته  
او اضافة قليل من النبيذ اليه وان تكون ملابسه بحسب اوقات النهار ودرجة  
حرارته واجتناب تأثير الهواء البارد في وقت المساء بالملايس المدثرة وحفظ  
شبابيك محل النوم ليلا مغلقة وانتخاب مسكن عال بعيد عن المستنقعات  
الاجامية واجتناب تأثير الرطوبة وبالالملايس والتباعد عن التدبير  
الصحي وعن الامور المضرة حتى لا يعثر الشخص مرض آخر يزد في  
استعداده لتأثير السم الاجامى والتوفى من بعض الامور الخصوصية  
كتعاطى الاثمار واللبن والاستحمام في النهر والبحار سيما عقب غياب  
الشمس وعدم المكث بكثرة بجوار المستنقعات الاجامية والاكثر خطرا  
النوم في ساحة الاطلاق واما بالنسبة للاغراب القادمين الى المجال الاجامية  
فالا جودا انتخاب الفصل الذي تقل فيه الاصابات الجديدة كفصل الشتاء  
في الماطق المعتدلة ومتى جبر الشخص على التعرض لتأثير السم الاجامى  
من الجيد استعمال الكينين كواسطة واقية بمقادير صغيرة كل يوم  
او بمقدار عظيم كل اسبوع

وأما معالجة النوبة الحمية فانها تسكاد تقتصر على الالتفات الى التدبير  
الصحي فتي شوهدت علامات القشعريرة الابتدائية ينبغي للمريض المكث  
في فراشه والتنبيه على اهله بعدم الثقل في الغطاء فان كثرت لا تجدي  
نفعاً في تدفية الجلد فضلاً عن عوقها لدورة الجلدية والتنفس زيادة عن  
اضطرابهما وان كانت القشعريرة شديدة جداً ينبغي ذلك الجلد بواسطة  
قطع من الصوف مدققة مع وضع زجاجات محتوية من الماء الساخن في  
الفراش وأما تعاطي المشروبات الفاترة فانه لا يلطف احساس المريض  
بالبرد ولا يزيد حرارة الاجزاء الدائرية من الجسم المتناقصة ولو كانت حرارة  
الدم مرتفعة جداً ومع ذلك لا مانع من اعطاء المريض بعض قنابحين من  
منقوع عطري ساخن كالشاي مع عدم مجاوزة الحسد وان حصل في اثناء  
دور القشعريرة في شديداً لزم استعمال المصقوق الغازي (المصنوع من  
بيكر بونات السوداء مع حمض الليمونيك) وان لم يثمر ذلك يعطى بعض نقط  
من صبغة الافيون واما ان حصل للمريض هبوط وانحطاط شديدان مهددان  
وجب اعطاؤه بعض المنبهات كالقهوة والنبذ القوي والكافور والاثير  
ممزوجاً بقليل من صبغة الافيون مع ذلك الجلد ووضع بعض اللبخ الخردلية  
واما في دور الحرارة فينبغي استعمال تدبير صحي مبرد كالتدبير اللطيف بالغطاء  
واعطاء مقدار صغير من المشروب المبرد وعند وجود ظواهر احتقان شديد  
في الرأس تستعمل الوضعيات الباردة او الجلدية على الرأس او استفراغ  
دموي موضعي عند الاقتضاء ولا ياتجأ الى الفصد العام الا في الاحوال  
الضرورية جداً فانه فضلاً عن كونه ينشأ عنه هبوط مهدد لا يجدي نفعاً الا في  
النادر وعوضاً عن ذلك يستعمل في مدة نوب الحميات المتقطعة الحبيثة مع  
الاستفراغات الدموية الموضعية والمحولات القوية المركبات الافيونية  
واما دور العرق ففي اثنائه ينبغي المكث في الفراش ولا داعي لوسائط  
مخصوصة فان الافراط التحريض لا منفعة فيه البتة وبعد انتهاء هذا الدور  
يلزم للمريض التجرد من ثيابه ولبس غيرها

واما المعالجة في اثناء الفترات فالقصد منها عدم رجوع النوب الحمية  
باستعمال الكينين فيعطى منه ما لم يكن ثم مانع من اعطاؤه خلاف انقطاع



النوب فان رأى الاقدم القائل بانه من الجيد للرضع ان يكابد عددا  
معاولا من النوب ولا يسوغ قطع الحى المتقطعة الا بعد النوبة الثالثة  
أو الخامسة أو السادسة مبنى على تعقلات فاسدة فانه كما تخلص المررض من  
النوب الحمية بسرعة كل أجوده واما الحالة المرضية للغشاء المخاطى  
المعدى التى كثيرا ما توجد بعد النوب الابتدائية من هذه الحمى فتمنع من  
استعمال كبريتات الكينين وحينئذ فن الجيد مقاومة هذه الحالة  
وازالته بالمعالجة الاثقة قبل استعمال ملح الكينا المضر بالمعدة خصوصا  
فى الاحوال البسيطة الاعتيادية وكثيرا ما لا يلتفت الى تشخيص النزلة  
المعدية او التلبك المعدى فى اثناء معالجة الحميات المتقطعة فتعمل  
المقيثات مع الافراط وعدم الاحتراس فان بعض اطباء يزعم ان من اللازم  
ابتداء معالجة هذا المرض باعطاء مقيء وبعضهم يستعمل ملح النوشادر حتى  
تصير تغذية اللسان ممكنة ثم يعقب ذلك بالمقيء لاجل استعداد الجسم  
لاستعمال الكينين حسب زعمهم ونحن نقول انه لا يحسن مطلقا فى الابتداء  
اعطاء المقيثات الا عند وجود الدلالات التى بينهاها لاستعمال هذه الجواهر  
الدوائية فى النزلات المعدية فان كانت المرضى متباعدة عن التدبير الصحى  
فى ابتداء اصابتهم بهذه الحمى وكانت معدتهم ممتلئة بالمطعومات قبل النوبة  
بقليل ولم تنضم وتحللت وفسدت وهيجت الغشاء المخاطى المعدى كال هذا  
سببا قويا لاعطاء المقيء وقد سبق الكلام موضحا على التمييز بين النزلات  
المعدية الناشئة عن سوء الهضم والمصابة لاغلب الامراض الحمية التى  
لا تستدعى استعمال المقيثات ولا تمنعنا من استعمال الكينين ومن منذ  
ما أوصى المعلم فايفر باستعمال الكينين بمقدار عظيم دفعة واحدة قل  
استعماله بمقادير صغيرة على مر ايام متوزعة على مدة الفترات حتى  
كادت تترك هذه الطريقة بالكلية وفى الغالب يكفى البالغين استعمال  
هذا الجوهر بمقدار عظيم مرة واحدة (اعنى ٦ دسجى جرام أى عشر قمحان)  
لاجل قطع نوبة الحمى ويكفى حصول هذه الغاية عند الاطفال  
باعطاء ثلاثين سنتى جرام (عنى خمس قمحان) فيعطى للصغيرين جسدا  
من ١٣ الى ١٧ يعنى من قمحتين الى ثلاثة فكثيرا ما لا يحصل غالبا

الانوبة خفيفة جدا ثم تزول بالكلية والاجود اعطاء هذا الجوهر قبل  
 النوبة التالية بعض ساعات حتى يتأكد من تأثيره مدة الفترة واعطاء  
 القليل منه مع التكرار لا يفضل الا بعد تقاين المقدار العظيم منه وعدم  
 تحمل المعدة له فحينئذ يعطى منه في مثل هذه الاحوال دسي جرام واحد  
 اى قمحتان في كل ساعتين مع التكرار حتى يصل مجموع تعاطى المريض  
 من ثمانية دسي جرام الى جرام (يعنى من اثني عشرة قمحة الى خمسة عشر)  
 والغالب استعمال هذا الجوهر على شكل سفوف او حبوب (بان يؤخذ  
 من ساقات الكينين ستة دسي جرام (اعنى عشر قمحات) ومن خلاصة  
 الجنطيانا لك و يمزج ذلك ويصنع اربع حبات او محلول بان يؤخذ من  
 سلفان الكينين ٦ دسي جرام اعنى عشر قمحات ومن ماء الميلسا ٩ جراما  
 (اعنى ثلاث اواق) ومن حمض الكبريتيك المخفف ٦ دسي جرام ومن  
 الشراب البسيط خمسة عشر جراما اعنى نصف اوقية وهذا المحلول جيد  
 التأثير جدا الا انه عسر التعاطى فان لم تحمل المعدة هذا الجوهر بأى  
 شكل جاز اعطاه من المستقيم على شكل حقنة فانه كبد كذلك (فيعطى  
 من ٢ دسي جرام الى ٨) واما باقى املاح الكينين فلا تفضل عن سلفاته  
 وانما ايدروكلورات الكينين سهل الذوبان عنه الا انه ثمين واما الكينودين  
 او صبغته المستعمل عند الفقراء بسبب رخص ثمنه ويعطى منه ثلاث  
 اضعاف الكينين فغيرا كيدا للتأثير ويعطى من هذه الصبغة من اثنتى عشر  
 نقطة الى خمسة عشر كل ساعتين اثناء الفترة او ملء ملعقة شاي قبل  
 النوبة التالية بقليل ثم ان انقطاع نوبة الحمى بهذه المعالجة مرة واحدة  
 يكاد على الدوام يعقبه انقطاع الثانية والثالثة بل وعدد عظيم منها ومع ذلك  
 فن الجيد الاسقرار على تعاطى مقادير صغيرة من هذا الجوهر بعض ايام  
 خصوصا اذا لم يزل انتفاخ الطحال مع الوضوح وكاما عاد الطحال الى حجمه  
 الطبيعى كما قوى العشم بعدم حصول النكسات واما استعمال الكينين  
 فى اليوم السابع والرابع عشر والواحد والعشرين والثامن والعشرين  
 فقد بينا وجه رفضه فيما سبق فانه بهذه الطريقة كثيرا ما تحصل النكسات  
 فى اليوم السابق على اليوم المعين لتعاطى هذا الجوهر والاجود تنبيهه



المرضى بانه من الجائز حصول النكسات بعد الاسبوع الثاني أو الثالث  
أو الرابع ليكونوا على بصيرة وإية لما يجيئ اذا احسوا به بعض ظواهر الدور  
السابق ونحشى من حصول نوبة حمية يتعاطون حالا مقدارا عظيما من  
الكينين وكل ذى ادراك من المرضى يحكمه بالالتهفات الى ما ذكر والاستيقاظ  
الى هذه النوبة الواهية الاثرية التي تكاد تسبق النكسة التامة على  
الدوام حفظ نفسه من حصول ذلك ورأى القدماء بتعاطي صبغة قشور  
الكينا بدلا عن الكينين في النكسات بقدر ثلاثين جراما اعنى أوقية  
واحدة كل يوم قد ترك الآن وصار في زوايا الاهمال وينبغي زيادة عن  
استعمال الكينين او تكرره ايضاه المرضى بانباع جميع الشروط الصحية  
التي نهنا عليها عند الكلام على المعالجة الواقية وان سمحت حالة المرضى  
بترك المحل المتساطن فيه الحمى قدر ست اسابيع او ثمانية فينبغي  
ايضا هم بذلك وهذه الاحتراسات لا تمنع كما تقدم من استعمال الكينين  
ثم ان ظهر عند المرضى حالة سوء القنية الاجامى المزمن المسمى بالكاشكسيا  
الاجامى وبالنسبة الاجامى المزمن يؤمرون باستعمال قدر نصف قدح من  
نبذ الكينا مرتين في النهار مع تدبير غذائى مقو بان يؤخذ من صبغة  
الكينا ثلاثون جراما أى أوقية ومن صبغة قشر القرقة أربعة جرامات  
(اى درهم واحد) ومن اكسير هليلج الحمضى ثمانية جرامات (اى درهمان)  
على زجاجة من النبيذ الاحمر او يعطى للمريض قدر ملعقة شاي ثلاث مرات  
أو اربعة من صبغة الكينا المركبة المعروفة بالا كسير المقوى لوبت ويضم  
لهذا المركب مقدار عظيم من الاستحضارات الحديدية وهذه الطريقة  
لها منفعة عظيمة فى غالب الاحوال بحيث ان الاستشفاء ولو عظيما متقدما  
يزول بدون استعمال وسائط مدرة للبول فان لم تنجح هذه الطريقة وجبت  
المبادرة بتغيير المحل الذى فيه المرضى ولو يترتب على ذلك صعوبة عظيمة  
بالنسبة لاهوال معيشتهم

وهذه الطريقة العلاجية تكاد تكفى فى جميع الاحوال لشفاء الحمى المتقطعة  
البسيطة وأما التجارب العلاجية بواسطة جواهر عوضا عن الكينين  
كمض الصفصافيك وصفصافات الصودا والصفصافين وحض الفينيك

والفلفل والملح الطعام ونحو ذلك فلم تجسد نفعا وانما الذي شوهدت منفعة  
 أحيانا عند عدم تمام نجاح الكينين هو صبغة الاكلية من ( المروقة بشجرة  
 الكافور ) بمقدار نصف ملعقة شاي الى ملعقة أو اثنتين جولة مرات في النهار  
 والجوهر الوحيد المضاد للحمى المتقطعة والطاردها خلافاً لقصور الكينا  
 ومركباتها ويرتكز اليه نوعا هو حمض الزرنينخ على شكل صبغة قولير  
 بان يعطى منها مدة الفترات من أربع نقط الى ستة ثلاث مرات في النهار  
 ولا يجوز استعمال الزرنينخ مع وجود الكينين الا كيد وغير الخطر الا في  
 احوال استثنائية لا يشر فيها ولو بمقدار عظيم واكثر استعمال الزرنينخ يكون  
 في الآلام العصبية التي تظهر على شكل الحميات المبرقعة وفي الحميات  
 المتقطعة التي تستعصي على الكينين بشرط أن يعطى بمقادير صغيرة تزداد  
 شيئا فشيئا مع الالتفات الى حالة القناة الهضمية فان لم تعمل المعدة يستعمل  
 بالحقن تحت الجلد

وأما معالجة الحميات المتقطعة الخبيثة فالأهم فيها منع حصول النوب مرة  
 ثانية ففي هذا الشكل بقطع النظر عن الوسائط العلاجية التي نستدعيها  
 الظواهر العصبية لا ينتظر حصول الفترة النامة حتى يستعمل الكينين بل  
 ينبغي اعطاؤه حالا متى حصل بعض انحطاط في الظواهر المرضية بمقدار  
 عظيم جدا أعني من واحد جرام ونصف الى اثنين ( أعني من عشر بنقعة  
 الى ثلاثين ) واكثر وان لم يكن المريض قدرة على ازدراده يعطى له على شكل  
 الحقن من المستقيم او هو الاجود بالحقن تحت الجلد والمفضل في ذلك ثاني  
 كبريتات الكينين او ايدروكلوراته او هو الاجود على حسب تجاربنا في  
 الاحوال الخبيثة التي عاجلتها مع النجاح بمصر ايدروبورومات الكينين  
 وتخل هذه الاملاح اما في الماء المقطر او فيه مع الجلمرين ويحقن بها في كل  
 مرة بقدر واحد دسي جرام الى اثنين مع التكرار على حسب شدة الحالة  
 ونخبها

وفي الحميات المتقطعة المبرقعة يكاد يصح تأثير الكينين كنجاحه في الحميات  
 المتقطعة البسيطة ومع ذلك فالظاهر أن تأثيره هنا ملطف عرضي حيث  
 لا يبق من النكسات بالسكاية



﴿المبحث الرابع عشر﴾  
 \* (في الحميات الاجامية المترددة والمستمرة) \*  
 ﴿كيفية الظهور والاسباب﴾

أما الحميات الاجامية المترددة فانها تشاهد بالاكثرفى الاقطار الحارة غير انها تشاهد عندنا فى أوروبا على شكل احوال افرادية فى البقاع المتسلطن فيها الامراض الاجامية تسلطنا وطينيا والازمنة التى فيها تسلطن اوبية الحميات المتقطعة ولذا لا يسوغ عند الحميات المترددة فى بلادنا من الامراض الغربية الا تية من الخارج وتركها بدون شرح فتتبع فى شرحها ما ذكره المعلم جرسنجر فنقول

ككون الحميات الاجامية المترددة انما تنشأ عن التسمم الاجامى يستنتج أولا من وجودها فقط فى المحال التى يعرف من صفات أرضها واقلعها ومن وجود عدد عظيم من الحميات المتقطعة فيها انه متسلطن فيها ولا بد سم اجامى شديد جدا كما يستنتج ذلك ايضا من المشاهدات العديدة المثبتة على انتقال الحميات المترددة الى متقطعة وبالعكس وانه كلما كانت اوبية الحميات المتقطعة المتسلطنة كثيرة الثقل كلما كثر وجود المترددة

﴿الصفات التشريحية﴾

اما الصفات التشريحية للجثة فى الحميات المترددة فانها من حيثية سوء القنيسة الميسلانية تطابق الصفات التشريحية فى الحميات الاجامية الخبيثة واقل ما هناك انه فى جميع الجهات التى يكون فيها تسلطن الحميات المترددة وطينيا يوجد التسلون البجنتى الداكن لىكل من الجوهر القشرى للدماغ والتسلون المسود لىكل من الطحال والكبد وزيادة عن هذه التغيرات التى لا تسكون قارة دائما يوجد فى الجثة اثر البرقان المتفاوت الشدة غالبا مع انسداد فى المسالك الصفراوية او بدونها كما انه يوجد اثر التغيرات الانتهاية النزلية الدفتيرية ويندر وجود انسكابات دموية فى المعدة وسدد دموية فى الرئتين والتهابات رئوية نصيبية

﴿الاعراض والسير﴾

قد ميزنا السلم جرسنجر للحميات المترددة ثلاثة اشكال اولها وهو الشكل

الخفيف يبتدئ سرعاً باضطراب عمومي ثقيل وحشي شديدة وحالة معدية  
ثقيلة ثم ينضم لذلك انتفاخ في الطحال بسرعة ويرقان خفيف مع تبرز  
غير منتظم ولا متلون وطفح هرسي شغوي وكل من انحطاط المرضي وآلام  
الرأس والاطراف والدوار وطنين الاذنين والرعاف وظواهر التهاب  
الشعبي يذكرونا الصفة المرضية لابتداء الحمى التيفوسية لكن الحمى  
تظهر من الابتداء الصفة المترددة فيعقب الثورات التي تكون في  
الابتداء غير منتظمة ثم تصير منتظمة وذات طرز يومي انحطاطات واضحة  
وهذه الانحطاطات التي يظهر في اثنا عشر غزير وفترة عظيمة تسهيل  
فيما بعد الى تقطعات تامة بحيث يخلف الحمى المترددة حمى متقطعة بسيطة  
وفي غير ذلك من الاحوال ينتهي هذا المرض بالشفاء بدون هذه الاستحالة  
مع تناقص تدريجي في الظواهر المرضية ومدة المرض تكون حينئذ من  
بعض ايام الى ثلاثة اسابيع

ثانيها وهو الشكل الثقيل فان الحمى فيه تكون شديدة للغاية والانحطاط  
لا يكون واضحا الا في ابتداء المرض وفيه الاضطراب العام يشابه التيفوس  
الثقيل فالمرضى تقع في حالة خدر عميق وهذا يان ويجف اللسان وينتفخ  
الطحال وينضم لذلك ظواهر يرقانية غالباً او اعراض دوسنتارية  
او التهاب الريوي المضاعف وغير ذلك وفي بعض الاحوال قد ينضم لذلك  
ظواهر الاحوال الخبيثة للحمى والمرضى حينئذ تكون مدته من ثمانية  
ايام الى اربعة عشر وعند انتهائه بالشفاء يستحيل الى حالة الحمى المنقطعة  
البسيطة غالباً وقد يحصل الموت فجأة بظواهر الحمى المنقطعة الخبيثة

ثالثها وهو الشكل الثقيل جداً فانه يسير بظواهر حشي غير واضحة  
ولا منتظمة في ثوراتها وانحطاطاتها مع هبوط وضعف واضحين جداً فتخط  
قوى المرضي بسرعة وتقع في هبوط تام وينضم لذلك اعراض اضطرابات  
غذائية ووظيفية في جميع الاعضاء تقريرا بحيث تنشأ أشكال مرضية  
متنوعة فكثير من المرضى من يعتره يرقان ورعاف او قيء دموي او بول  
زلالى او انقطاع البول وظواهر شبيهة بالهيمية او الدوسنتاريا وكل من  
الطحال والكبد ينتفخ جدا ويكون بكثرة مجلسا لالتهاب وتقيح وكذا



الاعشية المصلية والريتان قد بتكون فيها اسكابات التهايبية واما سطح الجلد  
الظاهر فقد يحصل فيه غش او غنغرينا وضعبة او غنغرينا اخرى والغالب  
حصول الموت في هذه الاحوال بطواهر السبات او التشنج او بطواهر الحمى  
المعروفة بالجليدية

### ❦ المعالجة ❦

ينبغي في الاحوال الخفيفة من الحميات المترددة تبعا للمعلم جرسنجرمقاومة  
الاصابة الحادة للغشاء المخاطي المعدي المعوي بواسطة الحمية القاسية  
والحوامض او المسهلات والمقيحات ان اقتضى الحال ذلك ولا يعطى الكينين  
في مثل هذه الاحوال الا بعد اتضاح الانحطاط والثوران الحمى وابتداء  
الاخيرة شعريه مع مراعاة المضاعفات الاخرى ومعالجة ما يليق بها فانها  
لا تزول باستعمال الكينين على حدته وأما في الشكل الثاني والثالث من  
هذا المرض فالاهم اعطاء سلفات الكينين بمقدار عظيم ابتداء ودواما حتى  
تتحسن حالة المرضى ومع ذلك تعالج الطواهر العصبية بمعالجة عرضية  
كما يبيناه في معالجة الحمى الخبيثة

### ❦ المبحث الخامس عشر ❦

\* (في العرق الدخني المعروف بالحمى الدخنية) \*

كثير من المؤلفين سيما الالمانيين قد انكروا وجود الحمى الدخنية كمرض  
مخصوص اى قائم بنفسه فان المعلم هيرى لم يسلم ان الحمى الدخنية مرض ذو  
انتشار جغرافي قاصر جدا وان اوعية هذا المرض تكون منفصلة عن بعضها  
بازمنة مديدة واعدم مشاهدته هذا المرض ولو مرة واحدة قال بعدم  
وجوده راسا وما قاله هذا المؤلف من كونه لا يوجد مرض حمى الا ويحتمل  
وجود حويصلات دخنية جية فيه وان كلام من هجوم التهم الاجمى وسيره  
طبقا لما شاهدته لا يكون مطلقا صحيحا بطواهر مرضية مطابقة لشرح  
الحمى الدخنية لا يثبت عليه الا كون الطفح الدخني لا يصلح ان يكون  
واصفا ولا مشخصا للمرض الذي نحن بصدده ولا ينافي ما هو ثابت ومحقق  
عن كثير من مشاهير المؤلفين من انه يوجد زيادة عن التيفوس والروماتيزم  
المفصلي الحاد والحمى النفاسية وغيرها من الامراض الحمية التي تشاهد

في أثناء سيرها طفق دخني شكل مرضي مخصوص يشاهد من جملة اعراضه عرق غزير جسد او طفق من حويصلات دخنية بكثرة جدا زيادة عن غيره من الامراض وتعمية الحمى الدخنية بذلك على حسب العرض الملازم والكثير الوضوح فيها يطابق تسمية جميع الامراض التي لا يمكن نسبتها لتغيرات تشريحية مرضية في عضو مخصوص من الاعضاء

### ﴿ كيفية الظهور والاسباب ﴾

الحمى الدخنية تعد من جملة الامراض التسممية العامة ولا بد فان كلاما من ظهورها الوباثي المحض وعدم تعلق اوبيتها بالمؤثرات الجوية وغيرها من الاسباب غير الصحية وعدم وجود تغيرات مخصوصة عند فعل الصفات التشريحية ولو كانت قليلة يلجئنا لاعتبار هذا المرض من الامراض التسممية كالامراض التسممية الطفحية الحادة وغيرها من الاشكال المرضية الناشئة عن تسمم الجسم باصل مسم نوعي آلي الطبيعة على غلبة الظن وهل هذا الاصل المسم النوعي يتولد ويتكاثر في جسم المريض ويستقل الى غيره من الأشخاص وبعبارة أخرى هل العرق الخبيث يعد من الامراض المعدية التسممية ام لا والظاهر ان جميع التجارب المفعولة لتلقيح المادة المأخوذة من الحويصلات الدخنية لم تنجح فمن هذا الامر واقتضاه هذا الداء على بعض بقاع محدودة يقرب للعقل انه ليس معديا بل ميازما تيا أي ناتجا عن اصل مسم يتكون خارج الجسم ولا ينمو ويتكاثر في الجسم المريض

ثم ان المعلم هرش الذي بذل الجهد في البحث بالدقة عن هذا المرض بحثا تاريخيا وجغرافيا وباتلوجيا بالنسبة لانتشاره الجغرافي ولتأثير الفصول وغير ذلك من الاسباب المحدثه لوباء هذا المرض ذكر انه يقل وجود امراض مثل هذا المرض يكون قاصرا في انتشاره على بقاع ضيقة فان الاقطار التي يوجد فيها هي فرانسا وجزء المانيا الجنوبي الغربي وايطاليا فهو وان شوهد في العصر الاخير اقصره على بعض بلاد هولندا ومنتوسط المانيا وشمالها واسبانيا في العصر الاخير الا انه الى الآن لم يشاهد انتشاره في جميع أوروبا وغيرها من اقسام كرة الارض شرقا وغربا وجميع الاوبية المعلومة يظهر



خسة اسداسها في فصل الربيع والصيف وظهوره هذا المرض في فصل  
الخريف نادر وأما في فصل الشتاء فيكون أكثر إلا أنه كما ذكر قليل الانتشار  
دائما ولا يسيطر ظهوره بحالة تسكد الجو واضطرابه ولا يبعثه فان أو بيته  
قد شوهدت في وقت اعتدال الربيع وفي حرارة الصيف وأكثر مشاهدة  
أوبية هذا المرض يكون عند تسلطن الأحوال الجوية المتصفة بحرارة  
معتدلة ورطوبة عظيمة والظاهر أن البقاع الاجامية لا تعين على حصوله مثل  
الاماكن القليلة الجافة وظهور هذا المرض دون باقي الامراض التسممية  
الانتشارية قليل الحصول في المدن العظيمة المتراكم فيها عدد عظيم  
من الناس بل الظاهر ان يحصل بكثرة في البقاع والخلوات المحدودة  
ومجامع الاسواق ونحو ذلك وقد ذكر بعض الاقدمين من الاطباء وتبعه  
المعلم شون لين في العصر الاخير ان المياه التي ينقع فيها الكتان تساعد  
على تكون الميازما الدخنية

وبالنسبة لأحوال المعيشة التي شوهدت انتهت إلى الإصابة بهذا الداء عند  
تسلطه تسلطنا وبائيا هي أصابته لا قويا البنية المتوسطة السن والنساء  
خصوصا الحوامل والنساء والاطفال الرضع أكثر من الرجال وما عدا ذلك  
فالظاهر انه ليس له ادنى تأثير في التبرئ للإصابة به ثانيا وان الفقراء الذين  
يغلب عليهم الإصابة باغلب الامراض الوبائية لا تكون عرضة للإصابة  
بالعرق الدخني مثل الاغنياء

### في الصفات التشريحية

جميع المؤلفين الذين شاهدوا هذا المرض يذكرون التورم الرعي السريع  
السريع لجثة المالكين به وفيه لا يكون الدم محتويا على تعقيدات ليفية  
ويكون مائعا ذا لون داكر وكل من السحايا الدماغية والجيوب الوريدية  
يكون كثيرا متسلا بالدم والمادة المصلية احيانا تكون متزايدة في الجيوب  
الدماغية ويشاهد الغشاء المخاطي للمسالك الهوائية مجرا ويندر ان يوجد  
في الرئتين بورات التهابية والقول بأنه يوجد احيانا على الغشاء المخاطي  
المعوي حويصلات شبيهة بحويصلات العرق الدخني لم يثبت الى الآن  
ويكون الطحال منتفخا دائما والكبد محتوية على كثير من الدم فتطابق

بالحكمة الصفات التشر بحية هذا الصفات التشر بحية التي تشاهد في  
الامراض الطفحية الحادة

### في الاعراض والسير

قد يسبق هجوم هذا المرض احيانا بطواهر سابقة غير واصفة وهي عبارة  
عن تشكك بتعب وتكسر في الاطراف وآلام في الرأس واضطراب في الهضم  
والشهية

والغالب هجوم هذا المرض فجأة بدون ظواهر سابقة فالمرضى التي تكون  
آوت الى فراشها في المساء مع تمام الصحة والراحة تستيقظ اثناء الليل  
مغمورة في العرق الذي يندران يسبق بقشعريرة خفيفة وتشككي بانقباض  
تشجى مؤلم في القسم الوادى وضجر وقلق عظيمين جدا ويكون وجهها  
حمر او جلدها ساخنا والنبض سريع وبعاء البول قليلا متركزا والعطش  
لا يكون متزايدا جدا وكثيرا ما تشككي ايضا بالآلام في الرأس واحساس  
بانقباض وتوتر في القفا وبعضها يشككي بدوار في الرأس وطنين الاذنين  
وخفقان وآلام تشجعية في الاطراف تشبه ما يشاهد في الهيمضة الآسسية  
وينضم لذلك عرض واصف وهو الاحساس بخدر وتثقل في الاطراف خصوصا  
في الاصابع وباقي المحال في الجسم التي يظهر فيها الطفح فيما بعد بكثرة  
والعرق يكون غزيرا جدا بحيث تبطل منه ملابس المريض وفراشه حتى  
ينفع منها احيانا وقد ذكر بعض المؤلفين ان رائحة العرق في هذا المرض  
تكون مخصوصة شبيهة بالقس المعطون او الخل العفن لكن من القريب  
للعقل ان هذه الرائحة انما تنشأ عقب تحلل العرق وتعفنه في الفراش وفي  
اليوم الثالث او الرابع من المرض يظهر الطفح الدخني مع ارتفاع الاعراض  
السابقة سيما زدياد افراز العرق والاحساس بالكلان في الجلد وبعض هذا  
الطفح يظهر على شكل حويصلات صافية مائية ممتلئة بعرق شفاف يكون  
الجلد تحته سليما جدا بحيث تشبه بنقط مائية سائبة لكن الغالب ان يكون  
الطفح الدخني من نوع الحويصلات الدخنية التي هي في الحقيقة من نوع  
الطفح الاكزتماوي فان ارتفاع البشرة فيه لا يكون بواسطة نقط متجمعة  
من العرق بل يحصل الترابي سائل وعلى حسب كون الحويصلات الدخنية



تارة تكون شـ قاقة مبيضة صغيرة وتارة تكون متعكرة محاطة بها العجزة  
 تميز هذه الحويصلات الى دخنية مبيضة ومجرة وقد يكون النضج  
 السائل المصاحب للاحتقان حول أجرة العرق قليلا جدا بحيث لا تشاهد  
 حويصلات واضحة بل حلمات ملبية (فيظن انها كزيماحلية) وفي مثل  
 هذه الاحوال يكون لهذا الطفح مشابة عظيمة بالطفح الحصى واما اذا كان  
 النضج منسكبا على سطح الجلد فان الحويصلات الدخنية تصير عظيمة  
 جدا بحيث تشابه الجدري المائي ثم ان ابتداء الطفح يحصل على جانبي العنق  
 والجهة العليا المقدمة من الصدر ومنها يمتد الى البطن والظهر ثم الذراعين  
 ثم الفخذين ويندرام تسداده الى الوجه وفروة الرأس وتظهر الطفح يحصل  
 اما دفعة واحدة بحيث يتغطى جميع الجسم بالحويصلات الدخنية في قليل  
 من الساعات او تدريجا فيصاب جزء من الجسم عقب الآخر والنوع الاخير  
 من الطفح هو الغالب والدفعات الطفحية الجديدة تسبق غالبا ايضا ثوران  
 في الظواهر المرضية سيما افراز العرق والاحساس بالاكلان في الجلد

وقد لا يظهر الطفح الدخني ولا يتضج وهذه الاحوال لا تشابه الاحوال  
 النادرة في الحصبة والقرمزية بدون طفح والتيفوس البطنى بدون التغير  
 المعوى الخاص فان الطفح الدخني يظهر انه نتيجة تابعة لزيادة افراز  
 العرق ازدياد اعظيما جدا وان هذا الاخير هو العرض الواصف والمتميز  
 لهذا المرض واما اصطحابه بحويصلات دخنية او عدم اصطحابه بها فهذا  
 منوط بحساسية الجلد كما يحصل عند تأثير الاشعة الشمسية على الجلد  
 او ذلك بالمرهم الزئبقي فن جهة يتعلق بشدة تأثير السبب ومن جهة أخرى  
 بدرجة حساسية الجلد بحيث تحصل الاكزيمة الشمسية او الزئبقية أولا

ثم ان كان سير هذا المرض جيدا تناقص افراز العرق الغزير وامتنع حصول  
 طفح دخني جديد بعد ان تسبب الحصى وغيرها من الظواهر المرضية  
 مسير امتردا بل احيانا متقطعا وكذا يزول كل من الضجر والاحساس  
 بالاكلان في الجلد والم الرأس وفقد الشهية ثم تزول الحصى بالكلية ويبدأ  
 النوم ويكثر افراز البول وتجف الحويصلات الدخنية وتبتدى تقاهاة  
 المرضى التي فيها تنفصل البشرة المذابة بالعرق والمنفصلة عن الادمة

بواسطة الحويصلات الدخنية على هيئة قشور الخالة أو اهداب صغيرة وقد يحصل في أثناء النفاهة نكسات تظهر وتسير مثل النوب الاولى من الطفح وفي مثل هذه الاحوال قد يمتد المرض عدة اسابيع ويوقع المرضى في نهوكة عظيمة بحيث لا تعود لقواها الا ببطء عظيم جدا

ثم ان القاعدة العامة ان سير هذا المرض جيد في غالب الاوبية بحيث يشفى منه غالب المرضى بل جميعهم لكن قد توجد اوبية فيها يهلك به عدد عظيم من المرضى ولابدون مضاعفات ويمكن حصول الموت في كل دور من هذا المرض وقد نص كثير من المؤلفين على ان حصول هذا الانتهاء المحزن يكون فجأة اما بارتقاء ظواهر تعسر النفس جدا او باعراض شلل القلب والدماغ وفي بعض الاحوال قد يسبق هذه العوارض المحزنة فقد افراز العرق وانتفاع لون الحويصلات الدخنية وهذه احوال أدت الى القول بارتداد الطفح الدخني نحو الاعضاء الباطنية ولو كان ذلك غير واضح التوجيه

ثم ان المضاعفات الكثيرة المحصول في هذا المرض التي شوهدت في اوبيته المشروحة بالذقة هي الذبحات الحلقية والالتهابات القلاعية والدفتيرية للفم ويندرتضاعف هذا المرض بالتهابات شعبية اورثوية وقد شوهدت في بعض الاوبية بدلا عن الامساك اسهال دوسنطاري وان استطالت مدته او اشتد كثيرا في سيره ظهر عند المرضى احبانا سوء قنية نزيفي كما يشاهد في الامراض الثقيلة المستطيلة المدة سيما التيفوس ونحوه من الامراض السممية فيحصل رعاف غزير أو نزيف من الاعضاء التناسلية عند النساء في غير زمن الحيض أو غش في الجلد وما يتأسف عليه كون درجة حرارة الجسم في العرق الدخني لم تعرف مع التأكد بواسطة ميزان الحرارة وذلك يوجب عسرا عظيما في توجيه الظواهر المرضية توجيهها فسيولوجيا فثلا كيف يجاب عن الضجر وضيق النفس العظيم المختص بهذا المرض هل هو ناتج عن كثافة الدم بواسطة فقد العرق الغزير كما يحصل ذلك في الهيمية الاسمية التي شبيه بها هذا المرض بكثرة وعن عوق الدورة الشعرية الرئوية او ناتج من تولد الحرارة المتزايدة جدا بحيث يحصل



انثعان الدم بحمض الكربون الذي لا يمكن تعادله تعادلا تاما ولو كان  
التنفس في هذا المرض غير معاق وفي الحقيقة يسوغ لنا بسبب تبريد الجلد  
العظيم جسدا الذي يعترى الجسم عقب تبخير العرق ان نعتبر أن درجة  
الحرارة في العرق الدخني ترتقي ارتقاء عظيما مع فرض ارتقائها فيه كغيره  
من الامراض التسممية الحادة التي يبقى الجلد فيها جافا فان تبريد الجسم  
بواسطة تبخير العرق يحفظ المرضى من خطر ارتقاء درجة حرارة الدم ارتقاء  
عظيما الا انه لا يقسمها من انثعان الدم بحمض الكربون الذي هو نتيجة  
ملازمة لتولد الحرارة العظيم جدا وبذلك يمكن توجيه عمر التنفس والضجر  
عند المصابين بالعرق الدخني توجيها كافيا وهل كذلك الخطر العظيم الناشئ  
عن انقطاع العرق فجأة مبني على ارتقاء حرارة الجسم الى درجة عظيمة عند  
فقد التبريد الناشئ عن التبخير العرق العظيم بحيث ترتقي الى درجة ينشل  
منها كل من القلب والدماغ فكل هذه الاسئلة لا يحسن الجواب عنها الا بعد  
الوقوف على معرفة أحوال درجة حرارة الجسم في اثناء سير العرق الدخني  
معرفة تامة كافي التيفوس وغيره وتعداد الموتي بهذا المرض يبلغ من ٨ الى ٩  
في المائة وفي بعض الاوبية الخبيثة من ٣٠ الى ٥٠ في المائة

### المعالجة

لا يمكن التسكك على الوسائط الواقية من العرق الدخني والممانعة لاقتضاره  
مادامت الامور المتعلقة به لم تكن معروفة بالدقة  
وكثير من الاطباء يوصي باستعمال مقي من عرق الذهب في ابتداء هذا  
المرض لكن لا يتضح من المشاهدات المعروفة انه امكن قطع سيره بواسطة  
هذه المعالجة ولذا كان الاوفق قصر استعمال المقي على الاحوال التي  
فيها يبتدأ هذا المرض باضطرار واضح في الهضم ومع ذلك فاعطاء المقي  
في بدء الحمى الدخنية التي في اثنائها يكون البطن معتقلا قليلا للخطر عن  
اعطائه في مبداء التيفوس لان به يزداد الاسهال الحاصل من ابتداء  
هذا المرض ويرتقي الى درجة عظيمة جدا خطيرة للغاية وأما الجواهر  
الدوائية المختلفة التي مذحت في بعض الاوبية بانها نوعية فلم تجد نفعا في  
الاوبية الاخرى وانما يظهر ان الكينين ذوتا ثيرجيد مضاد للحمى في معالجة

العرق الدخني ولذا يوصى بكثرة باعطا ٧ دمي جرام الى جرام واحد (أى من اثنتى عشرة قحمة الى خمسة عشر) كل يوم ولا يعطى في الاحوال ذوات السير المتردد او المنة قطع الواضح فقط بل كذلك في ذوات السير المسفرة أيضا متى ارتفعت الحرارة الى درجة عظيمة فانه استنبان لمعظم المؤلفين في هذا المرض ان خطره ممتدلىق بارتقاء درجة الحرارة ارتقاء عظيمًا ولولم يتحقق لهم ذلك بواسطة القياس بالترمومتر وان لم يقتض الحال استعمال الكينين يلزم استعمال الحوامض سيما حمض الكاوارا يدريك (حمض ملح الطعام) او حمض الفسفور يك مخفقا بالماء تخفيفا كافيا ومما يبعد من التقدمات العظيمة في معالجة العرق الدخني رفض الاعتقاد بلزوم تدفئة المرضى جسدا خوفا من ارتداد العرق الدخني فانه ان كان القول بان تولد الحرارة في هذا المرض متزايدا جدا وان شدة حرارة الجسم تتلاطف بواسطة تبخير العرق على سبيل الحقيقة كان من الواضح ان زيادة تدفئة المرضى بواسطة الاغطية الثقيلة التي يسهل انثحان ما تحتها من الهواء بالرطوبة المائية فيمتنع كثرة تبخير العرق توقعهم في خطر عظيم للغاية وحينئذ فاجود ما يوصى به هو تغطية المرضى بغطاء خفيف وتغيير هواء قاعاتهم ومن جهة اخرى ينبغي الاحتراس السكلى من تعريض المرضى لتأثير تيار الهواء فان خطر البرد في الحى الدخنية في اثناء افراز العرق الغزير اعظم منه في غير هذا المرض من الامراض الحية

### المبحث السادس عشر

في السكوليرة الاسية أو الهندية المعروفة بالهيبضة

كيفية الظهور والاسباب

من الجائز بل القريب للعقل ان الهيبضة الهندية تنشأ عن الميازما في بلاد الهند التي فيها يتسلطن هذا المرض تسلطنا وطنيا وسواء كانت هذه الميازما الهيبضية اعني الجرثومة التي تظهر هناك في الارزاق من أو غيرهم لا وسواء نتج عن هذا الداء تلف عدد عظيم من الأشخاص في السنين المتجمعة فيها الشروط المساعدة على نجاح هذه الجرثومة النباتية التي تتولد هناك تولدا ذاتيا ام لا فلا بد وان تلك الجرثومة الهيبضية ليست وطنية ولا ذاتية



في بلادنا فان جميع الاوبية الهيضية الطارئة على بلادنا انما حصلت بانتقال تلك الجرثومة الغريبة الطفيلية النباتية على حسب الظاهر بواسطة المرضى المصابين بهذا الداء فوجدت اذذاك الشروط التي تساعد على نموها وانتشارها فحينئذ لا تحصل عندنا البنية حصولا ميازماتيا وليس لنا مقدرة على الحكم بان كان وجود هذه الجرثومة النباتية التي استكشفها كل من المعلم هالير وكلوب في امعاء المصابين بالسكوليرة وموادهم البرازية يثبت استحالة اكتشاف جرثومة هذا المرض الحقيقية أم لا والسؤال عن انتشار الهيضة هل يكون بالعدوى أى باصل معدية يرد بالنفي متى تمسكا بالمعنى الحقيقي لهذا اللفظ فانه لم يحصل مطلقا ان شخصا سليما اصيب بالهيضة بلامسته اريض مصاب بها لكن حيث جرت العادة باستعمال لفظ عدوى بكيفية عامة وتسمية بعض الامراض بالمعدية متى مرت من المرضى الى السليمين وان هذا الامر الذي نحن بصددده واضح للغاية في هذا المرض ساغ عنه من جملة الامراض المعدية والحامل للاصل المعدى للهيضة الهندية ليس التبخير الجلدي او الرئوي كما في الجيات الطفعية الحادة والتيفوس الطفحي بل المواد البرازية الخارجة من المصابين بالهيضة فانه من الاكيد ظهور اوبية هيضية شديدة في بقاع عديدة مصنوعة عن هذا الداء الى وقت انتشاره فيها عند اتيان شخص اليها حامل لجرثومة هذا الداء في امعاءه واستعمل احد المراحض اوصبت فضلاته البرازية في مرحاض من البقاع المذكورة فثلا في سنة ١٨٤٨ ميلادية قد حضرت ارسالية من العساكر الى مجد بورغ من بلدة تسمى استيتين وكانت الهيضة متسلطنة فيها فاصيب بهذا الداء اثنان من العساكر في اول ليلة من وصولهما فوجهما الى البيمارستان المعد للعسكر وكان بعيدا عن مسكنهما بدون ملامسة احد من سكان المنزل الذي كانا مقيمين به وعماقليل من الايام ظهرت الهيضة في المنزل الذي باتا فيه الليلة المذكورة بل وفي الحارات القريبة منه وبعد بعض اسابيع انتشر وباء شديد في هذه البلدة ويعسر اتباع سير هذا المرض وانتشاره في المدن العظيمة العديدة المساكن وكثرة اصابته بخلاف الصغيرة القليلة المساكن

المتباعدة المنازل وقد تيسر لي فعل مشاهدات دقيقة على انتشار الهیضة  
 في اثناء وباء صغير منتشر في بلدة تسمى جريفس والد فانه امكنتني تقریبا في  
 كل حالة ثبات ان المصابين استعملوا امر احیض من كان مصابا بهذا الداء او  
 فخاثر مختلطة بفخاثر منازل المصابين واشتركوا مع المرضى المصابين باسهال  
 هیضی في المراحیز ومن منذ ما علم أن الهیضة تسرى بواسطة الفضلات  
 البرازية من المرضى الى السليمين اتضح لنا امور عديدة ومشاهدات  
 كثيرة كانت منبهة علينا بالسكينة ومتناقضة في الظاهر فمن الواضح الآن  
 سریان الهیضة في اقرب وقت من محل الى آخر بخلاف الزمن الاول وذلك  
 لسرعة الانتقال بواسطة السفن البخارية وسكك الحديد فلا يستغرق سرعة  
 سریانه الآن ما تباعه طرق السباحة ولا سریانه بقحمل الرياح له فتسار  
 يسرى من المشرق الى المغرب وبالعكس والتنقلات البعيدة التي تغطيها اوبية  
 هذا المرض توجه مع السهولة بان المصاب بالهیضة في اثناء سفره لا يترك  
 السم الهیضی الا في مواضع برازه مع صون باقي المحلات فلو كانت الجرثومة  
 الهیضیة لا توجد الا في الفضلات البرازية للمرضی المصابين بالاشكال  
 الثقيلة من هذا المرض اعنى الهیضة الاسفیکسية لما امكن حصول التنقلات  
 البعيدة لاوبية الهیضة لعدم امكان سفر مثل هؤلاء الاشخاص ولا يحصل  
 ذلك الا متى أمكن الاشخاص المتسممین بالسم الهیضی السفر في اثناء دور  
 تغریج هذا المرض فيظهر في محال بعيدة عن التي كانوا مقيمين فيها واصيبوا  
 بها وزيادة عن مثل هذه الاحوال التي من ضمنها ما ضربناه مثلاً فيما شاهدناه  
 كما سبق في مجد بورغ يثبت ايضا من احوال عديدة ان المصاب باسهال هیضی  
 بسيط ولم يكن عنده حالة مرضية ثقيلة بل ولم يصب بالشكل الثقيل منها فيما  
 بعد تحوى امعاؤه الجرثومة الهیضیة بحيث يتسمم المرحاض المنتفع هو به  
 وبذلك يظهر وباء هیضی (ومما ذكرناه يتضح أن الاعتقاد بسر یان الهیضة  
 بواسطة الهواء والرياح حتى سمي بالهواء الاصفر يعد من الخرافات وسریان  
 هذا المرض الآن بواسطة المرضى المتعملة امعاؤهم بجرثومته الاصلية  
 قد صار الآن محققا ثابتا بالابحاث المستعدة لكن الفهل في اعلان ذلك رسميا  
 لمجلس الطب المشترك بالاستانة الذي كنت عضوا منه)



وقد اعترض على القول بان الهیضة تنتشر بواسطة الفضلات البرازية من المرضى المصابين بهذا الداء بان بعض الامم خاصا حيانا ازددت تلك الفضلات وبقي مصانعا من الاصابة بهذا المرض وانه لم يفتح بالكفاية احداث الهیضة في الحيوانات التي صار ادخال المنحصالات المائية من الهالكين بالهیضة او الفضلات البرازية من المصابين بها في باطن تلك الحيوانات ومثل هذه الامور لا يمكن انكاره ولا نفي اهميته فلاجل الجمع بين القولين وتوافقهما قيل بالنظريات الاتية وهي ان الفضلات الحديثة من المرضى المصابين بالهیضة لا تكون مشتملة على الجرثومة الهیضية التامة النضج اى الكافية في احداث التسمم الهیضي اولست مشتملة على كمية كافية في احداث هذا التسمم وان الفضلات البرازية لا تصير خطيرة الا بعد اختلاط الجرثومة الهیضية بالمواد الحيوانية المتعفنة فينتد تصير مساعدا على نموها الجرثومة وتسكاثرها وهذه النظريات جدیرة بان يقبلها العقل وتميل اليها الاذهان فلذا صار قرواها على العموم لانها مستندة على أدلة عديدة فان تطعيم بعض الحيوانات الفضلات البرازية الحديثة من المصابين بالهیضة لم ينتج عنه ادنى خمار كما دلت عليه مشاهدات المعلم ترش بخلاف التطعيم بالفضلات القديمة فانها احدثت ظواهر مرضية هیضية وقد دلت التجارب على ان الخدمة المنوطير بغسل ملابس المصابين بالهیضة بعد تركها مدة وكذا الذين يغرون فراشهم بعد وتهم ببعض ايام يكونون عرضة للاصابة بسهولة عن المنوطير بمباشرة اواني البراز وقتيا والذين يغرون ملابسهم كما ابتلت والخطر العظيم لسكان اى منزل ينشأ عن رمي الفضلات البرازية الهیضية في المراحيض المشحونة بالبراز او في حفرة القازورات التي يجوار المنازل فان الجرثومة الهیضية تجدد في تلك الاماكن جميع الامور التي تساعد على نموها وتسكاثرها

ومن المشاهد ان الهیضة الهندية متى جلبت وانتقلت الى منزل من المنازل لا يصاب بهذا الداء الا من كان ساكنا به او من شاركه في مرحاضه بل قد شوهد ان الكوليرة التي تجلب الى بعض البلاد عدة مرات يبق وبأؤها قاصرا على بعض البيوت المصابة فقط بدون سر ياتنها الى غيرها وفي احوال

اخرى تنتشر من مكان الى آخر حتى تعم الحارات المجاورة او جزأ عظيمًا من  
 البلدة بل البلدة جميعها وهو الغالب وهذا الانتشار العظيم يحصل اما في كل  
 مرة متى وصلت الهيمضة الى محل اوفى بعض الاوية دون غيرها والفخر للمعلم  
 يتسكوف في كونه أثبت ان هشاشة الارض هي التي يسهل تشرب  
 وانتشاره يحصل المراحيض وفخاير الفازورات المختلطة بالجرثومة الهيمضية  
 فانها تساعد بكثرة على امتداد تشرب هذا المخلوط الخطر في امتداد عظيم  
 من الارض وبذلك يسهل انتشار الهيمضة انتشارا وبائيا بخلاف الارض  
 الصلبة ( كالارض الحجرية ) فانها تبقى المحال المصابة من انتشار هذا الداء  
 بها كما ان لهذا المعلم الفضل في اثباته ان الاستعداد الوقتي لاي محل اوبئة  
 لا انتشار الهيمضة فيه انتشارا قويا او غير قوي متعلق بكون المحصولات  
 المختلطة بالجرثومة المذكورة على حالة مساعدة او غير مساعدة على التحلل  
 والتعفن واهم درجة تلك الشروط رطوبة الارض فان لها اعظم أهمية في  
 هذا الشأن كما ذكر في أسباب التيفوس البطني لكن ذلك ليس الامر الوحيد  
 في هذا الشأن فانه لا شك أن شروط التعفن والتحلل تكون قوية عند  
 حصول جفاف فجاء في الارض المختلطة برطوبة عظيمة بحيث يرتقي الجفاف  
 لدرجة يسهل كل من كمية الماء المختل بالارض والهواء فيها لدرجة معينة  
 وحينئذ لا يمكن نفي الامور المعلومة العديدة المثبتة ان كلا من انحطاط المياه  
 الاصلية في الارض المختللة هي بها وتناقصها الفجائي خطر جدا بالنسبة  
 لانتشار الهيمضة والامور الثابتة الا كيدة المضادة للسابقة تثبت ان زيادة  
 عدداحوال الهيمضة لا تكون متعلقة بانخفاض المياه الارضية الاصلية  
 فجأة وتوضح لنا انه لا ينبغي اعتبار هذا الانحطاط الفجائي شرطا وحيدا معينا  
 على تعفن المواد الفضلية المختللة بالارض والمختلطة بجرثومات الهيمضة

ويندر دخول الجرثومة الهيمضية في الجسم مع الماء المتلوث بها عند الشرب  
 ( ومن هنا يتضح كثرة اصابة الاطفال بالهيمضة في السنين الاولى من الحياة )  
 بل الكثير الغالب مع الهواء المستنشق من الانف والفم وامتزاجها باللعاب  
 وازدراده ولذا كان التسبب في المراحيض الملوثة بالجرثومة المذكورة خطرا  
 جدا فان هذه المراحيض اجود مستودع لها ولان تيار الهواء الذي يجتاز



قصبات تلك المراحيض يدفع الغازات وبعض الجزئيات المستعيلة هيا الى اعلاه فيصل بذلك السم الهيفي الى الاماكن المسكونة ولذا اصاب يرمير حيث قال ان الماساكن اكثر خطرا وعدوى من سائر كنيها وزيادة عن تشرب الارض للمواد السمية يظهر ان هذا المرض ينتشر أيضا بواسطة قصبات المراحيض ومستودعاتها من مكان الى آخر

ثم ان الاستعداد للاصابة بالسم الهيفي وقبوله منتشر جدا فانه لا يمان منه سن دون سن ولا نوع دون غيره ولا بنية دون أخرى ففي زمن تسلطن السم الهيفي في مدينة وانتشاره فيها يكاد يكون جميع من فيها متأثرا منه ولو المصانين عن الاصابة باشكاله الثقيلة فيعترهم بعض ظواهر مرضية من أنواع تأثيره الخفيف وهناك بعض مؤثرات يظهر انها تزيد في الاستعداد للاصابة باشكاله القوية او الثقيلة جدا وتنقص مقاومة الجسم لتأثيره وذلك كالتباعد عن التدبير الصحي واستعمال المقيثات والمسهلات وتأثير البرد في الجسم ونحو ذلك من المؤثرات الردية المضعفة فان بعض المنطبعين على اتباع هواهم وان ارتسكنوا في شهواتهم وتعلقاتهم على ان نوع المعيشة في أثناء الاوبية الهيفية ليس له ادنى تأثير ولا دخل في الاصابة بالهيفة وان الأشخاص المحترسين جدا والمستمرين على معيشة منتظمة قد يصابون بالاشكال الثقيلة من هذا المرض لا يكثر بقولهم لان مثل هذه التعقلات الهوائية لا تحقق المناقضة فان كل شخص يكون عرضة للتسمم بجوهر سمى بتأثيره يهلك عدد عظيم من الأشخاص وآخرون ينجون من تأثيره يكون هو الملام وغير المتعلق متى عرض جسمه لمؤثرات مضره بها يقل الامل في النجاة من الاصابة به ولو كان تجنب تلك المؤثرات المضره لا يترتب عليه الامن التام في النجاة وكان التحفظ الكلي لا يصيره مصونا عن الاصابة بالسكية فن المشاهد انه في أثناء تسلطن هذا الداء في باريس يزداد عدد المصابين به كل يوم اثنين بقدر الثمن زيادة عن باقي الايام وماذا كان الامن الاقراط في اي نوع يساعده الاستعداد لهذا الداء وشوهد في الاوبية التي كانت منسلطنة في مجدبور غانه تكرر حصول تشاقل عظيم جدا في عدد المصابين والمهال كين بهذا الداء عقب المحافل العمومية

والاسواق (ومثل ذلك شوهد في الاجتماع في اقليمنا عقب الاسواق العظيمة ومحافل المواسم ونحو ذلك) وكذا يوجه بعدم التمسك بالوسائط الصحية كثرة اصابة الأشخاص غير المتدنيين والفقراء بالهيبضة مدة تسلمن وبائها ويضاف لذلك ان مثل هؤلاء الأشخاص لا يحفظون انفسهم بالتباعد من السم الهيبضي . مثل الاغنياء وبالنسبة للفضول قد اتضح ان الزمن المساعد على انتشار الهيبضة في اواسط اوروبا (وكذا بمصر) هو فصل الصيف والخريف بخلاف الشتاء فانه في برودته ينتهي وباء الهيبضة فيظهر ان كلاً من الحرارة والرطوبة يساعد ولا بد على تسكاثر السم الهيبضي كما في التيفوس والدوسنتاريا ومع ذلك فقد شوهدت استثنائات من ذلك فظهرت اوبية في فصل الشتاء بشمال اوروبا وفي بطر مسبورغ الاصابة بهذا الداء مرة تطفئ عادة الاستعداد للاصابة به ثانياً لكن ليس على الاطلاق وبالنسبة للتعود على تأثير السم الهيبضي يوجد امر يرتكن اليه في ذلك وهو انه في المحال التي اسمر فيها وباء هذا المرض زمنا طويلا لا تصاب اهل تلك المحال بسهولة مثل الطارئين عليها فانهم يصابون بسهولة واماناً يخرج ظهور هذا المرض وانتشاره من منذ حصوله ببلادنا ودخوله أول مرة في اوربا وظهوره سنة ١٨٣٠ ميلادية فنوط بالتاريخ فليراجع هناك (وقد تكرر ظهور وباء هذا المرض بالنسبة لمصر خمس مرات من بعد التاريخ المذكور)

### في الصفات التشريحية

جثة الهالكين بالهيبضة الاسسية تحفظ حرارتها زمنا طويلا وفي بعض الاحوال شوهد نوع ارتفاع في حرارة الجسم بعد الموت وسمت ظاهرة أخرى مخصوصة وهي انقباض بعض العضلات عقب الموت بعدة ساعات بها تتحرك الاطراف سيما الاصابع فتغير الوضع الذي كانت عليه قبل الموت وانتشاء الاصابع الذي شاهدته وتغير وضع المرضى الذي تركتهم عليه قبل الموت احدث عندي تأسفا ووجعا كما تذكرته

ثم ان كان الهلاك قد حصل عند ارتقاء هذا المرضى الى أشد درجة وجدت هيئة المرضى الظاهرة مخصوصة فان حالة انقباض قبضة اليد والاطراف المقوسة في اتجاهات مختلفة وجسم العضلات البارز الواضح يكسب الرمة



هيئة المصارعة ويكون التيبس الرمي قويا جدا بحيث لا يكاد يقهر والاعين  
 غائرة جدا في الجحاجين ومحاطتين بهالة زرقاء والاحفان منطبقة نصف  
 انطباق وماتعسرى من العينين يكون جافا براقا والاتق مديبا بارزا عن  
 الوجنتين الغايرتين بكثير ولون الشفتين اما أن يكون مائلا الى الزرقة او ازرق  
 بالسكية ولون باقى الجسم سيبانوزيا ويتضح بالاكثر هذا اللون فى الاظافر  
 وجلد الانامل يكون منكشا كاصابع الغسالات اللاتى يشتغلن طول النهار  
 بأيديهن فى الماء والصابون او الماء المتحمل بالقلى الحريف وعند فتح الجثة  
 يتضح جفاف المنسوج الخلوى تحت الجلد ويؤسسه والعضلات الجراء  
 الداكنة ويكون الدم على هيئة سائل كثيف مسمر اللون كعصارة الوشنة  
 ويشتمل على تعقيدات ذليلة مسودة ويكون متراكما فى القلب الايمن  
 والاوردة الممتلئة منه امتلاء عظيما واما الاوعية الشريانية والقلب اليسر  
 فتخلو عنه بالسكية وكل من الجيوب الدماغية واوردة الهمايا يكون ممتلئا  
 بدم داكن وجوهر الدماغ يكون جافا يابسا ولا يحتوى التامور على أدنى أثر  
 من المادة المصلية ويكون سطحه الباطن لزج الملمس وكثيرا ما يكون مغطى  
 ببقع اكيوزية ويكون جوهر القلب العضلى منقبضا يابساذ لون أحمر قاتم  
 واما البليورا وباقى الاغشية المصلية فتكون مغطاة بطبقة لزجة وكثيرا ما  
 يظهر فيها بقع اكيوزية وتتهبط الرئتان على نفسها مهابوطا تاما عند فتح  
 الصدر بسرعة وما ذاك الا لكون الهواء لا يجد عائقا عند خروجه من الخلايا  
 الرئوية وهو وره من الشعب الفارغة الجافة وعند شق الرئة توجد جافة  
 بالسكية ولا يرى فيها أثر كل من الاحتقان والوذما الانحسارية والعري  
 المعوية الدقيقة تكون مسترخية وبالنظر اليها ترى حمراوردية اللون  
 بخلاف عرى المعى الغليظ فتصغظ لونها الطبيعى وعند شق المعى الدقيقة  
 يسيل منه كمية عظيمة من سائل لالون له اضعيف التلون مشتمل على تدف  
 مبيضة وهذا السائل يحوز جميع صفات الاسهال المائى الندى فى الشبيه بماء  
 غسيل الارز الخاص بهذا المرض وقد يشاهد هذا السائل متجمعا بكمية عظيمة  
 جدا فى المعافى احوال الهبضة المسماة بالجمافة ويكون الغشاء المخاطى المعوى  
 مجلسا لاحتقان وعائى دقيق فى كثير الشدة فتحو الصمام قليلاها جهة الاجزاء

العاين من الماء الدقاق وقد يوجد مع الاحتقان الوعائي الشديد انسكاب  
 بعض مواده وية في جواهر الغشاء المخاطي وعلى سطحه فيظهر عاينه حينئذ  
 بقع اكيموزية كثيرة اما تكون منتشرة جدا او متحصل الماء يظهر كثيرا لاجرار  
 أوقايله باختلاطه بالدم وقد تكون الماء الدقاق في بعض الاحوال منتفخة  
 اللون بحيث لا يشاهد فيها كل من الاحتقان الوعائي ولا البقع الاكيموزية  
 لكن حيث ان الماء الدقاق في مثل هذه الاحوال تكون أيضا بمثابة بكية  
 عظيمة من ارتشاح مائع وان هذا الارتشاح لا يأتي الا من أوعية ممثلة  
 لا فارغة وجب اعتبار ارتفاع لون الماء ظاهرة رمية فان ارتفاع لون الأغشية  
 المخاطية عقب الموت ولو كانت مدة الحيات محنة احتقاناً عظيماً ومفرزة  
 لكمية عظيمة ظاهرة تشاهد في جميع الأغشية التي تدرك بالنظر  
 والغشاء المخاطي المعوي لا سيما ثنياته المستعرضة يكون منتفخاً رخواً بسبب  
 ارتشاحه المصلي وكذا الغدد المتفرقة والمجموعة لا يميز تكون غالباً كثيرة  
 الانتفاخ محتلية جدا وهذه الاجربة يمكن أن يصل حجمها الى حب الشهدانج  
 وبسبب انتفاخ هذه الغدد يكون السطح الباطن من الماء وشهها يبرزات  
 حبيبية متفرقة تارة ومجموعة أخرى وقد يتميز في بعض هذه الاجربة واللاطخ  
 حينئذ يظهر السطح الباطن للمعوية مثقباً كالصفاء او الشبكة (وهذا  
 ما يسمى باللاطخ الشبكية) واهم الصفات التشريحية لهذا المرض انفصال  
 الطبقة البشرية المخاطية بكمية عظيمة فتنفصل الطبقة الحافظة  
 للحمل المعوي وقد تنفصل هذه الطبقة في بعض المحال عما تحتها بواسطة  
 ارتشاح مصلي فتكون مثبته قليلاً بالحمل المعوي لكن الغالب ان يكون  
 قد تم انقماها بالسكاية في اكثر المحال وتكون موضوعة على سطح الغشاء  
 المخاطي على هيئة اهداب مخاطية او مكونة للندف المبيضة السابق ذكرها  
 السابحة في الافراز المعوي ولذا كان تشبيه معاء المصابين بالتهيض بالجلد  
 المعري عن بشرته بواسطة نفاطة او بالماء المغلي تام للغاية ومتى اعتبرنا  
 كون السطح المعري عن بشرته من الماء عظيم الامتداد جدا  
 لم يتضح لنا ان بعض المؤلفين ذكر انه لا يوجد تناسب بين هذه التغيرات  
 التشريحية في القناة المعوية والظواهر المرضية الثقيلة التي تشاهد مدة



الحياة واما المعاء الغليظ فلا تظهر فيه تغيرات تشرىحية قارة ولا تكون في الجزء الصائم من المعاء الدقيق التغيرات التشرىحية كثيرة الوضوح جدا واما الغشاء المخاطي المعدى فانه يكون متفاوت الاحرار بسبب اختلاف درجة احتقانه والانسكابات الدموية فيه وجوهره يكون منتفخا رخوا بسبب ارتشاحه المصلي

واما الكبد فيكون في قوامه الطبيعي ولونه منتقعا وعند شقه يسيل ببطء من الاوعية الغليظة كمية قليلة من دم كثيف كعصارة الوشنة والحويصة المرارية تسكاد تكون على الدوام ممثلة بمادة صفراوية سائلة مسمرة او مخضرة والطحال لا توجد فيه تغيرات وتكون الكليتان في الدور الاول من الهیضة على حالتها الطبيعية وانما تكونان مجلسا لاحتقان وریدی عظیم جدا وفي احوال أخرى يكون بعض اجزائهما في هذا الدور مبيض اللون سيما في الاهرام وعند البحث عن هذه الاجزاء بالمكروسكوب توجد القنوات البولیة محتلیة بأخلیسة بشریة منتفخة متعكرة وبنضح ليفي والغشاء المخاطي للقنوات البولیة يكون مغطي بمادة مخاطیة بشریة والمثانة تسكاد تكون دائما خالية عن البول منقبضة فالتغيرات التشریحية الواصفة التي توجد في جثة الهالكين بالهیضة عند حصول الموت في دور ارتقاء هذا المرض عبارة عن بقايا تغيرات نزلية شديدة ممتدة في المعاء مصحوبة بانفصال مقدار عظیم من الطبقة البشرية وارتشاح معوي غزير جدا مع تسكاثف عظیم في الدم واحتقان ككوى وریدی عظیم جدا

والصفات التشریحية في الجثة تختلف عندما يحصل موت المر یض بالهیضة في دور رد الفعل او في اثناء الدور المعبر عنه بالتيفويد الهیضي فلا تكون الاطراف منشئية على الدوام ويكون التيس الرمی قليلا وكل من الاسنان واللثة مغطي بطبقة وبخخة جافة ويزول اللون السيانوزي او يكون قليلا وامنسوج الخلوى تحت الجلد يكون هو والعضلات رطبا والدم مائعا دائما قليلا وتكون السحايا الدماغية مجلسا لاحتقان شعري دقيق ولا يندرج وجود كمية عظيمة من سائل مصلي في هالات الام الحنونة والجيوب الجانبية ويكون جوهر الدماغ نفسه رطبا والقلب الايمن لم يزل كثيرا امتلاء بالدم

والتامور كثير الارتشاح وكذا الغشاء الباطني للاوعية الغليظة ولا تكون  
 الرثان في هذا الدور جافتين بل تحتويان على كمية عظيمة من الدم وتكونان  
 مجلسا للاوذيماء والاحتقان الانحساري العظيمين ولا يندركونهما مجلسا  
 التهاب رثوي فميصي اوفصي او اسدد دموية والسطح الظاهر من المعاء  
 الدقيق يكون فاقد اللون الوردي ومنحصره مشتت ملا على مواد صفراوية  
 وقد تستعاض الطبقة البشرية ثانيا في بعض الاحوال وحينئذ لا تشاهد  
 تغيرات غذائية مدركة في الغشاء المخاطي المعوي لكن الغالب ان يشاهد  
 فيه زيادة عن اللطخ المنتفخة التهاب دفتيري واضح يصحبه هيل به الغشاء  
 المخاطي في كثير من الاصفار الى خشك يشات جافة مصفرة او مسودة كثيرة  
 النظم او قليلة وهذا الالتهاب الدفتيري الثانوي كما يشاهد في المعاء  
 الدقيق كذلك يمتد الى المعاء الغليظ بل قد تشاهد التهابات دفتيرية في  
 الحويصلات المرارية والفرج والمهبل عند النساء وكل من السكبد والطحال  
 لا يكون جوهره متغيرا على الدوام لكن يكون مجلسا لاحتقان عظيم غالبا  
 وقد شوهد تمزق الطحال في بعض الاحوال النادرة وهذا السكبتان  
 تكونان محتملتين وفي كثير من الاحوال يشاهد فيهما علامات التهاب  
 دفتيري حاد وتكون المئات مملئة امتلاء متفاوتا بكمية من البول المحتوي  
 على مواد زلالية

### في الاعراض والسير

يكاد يشترك جميع الانهضام الموجودين في المحال المتسلطن فيها المم  
 الهبضي باحساس بضغط خفيف في قسم الشراسيف مع قراقر في البطن  
 والاحساس باسمهال مهدد وظواهر سوء الهضم الخفيف والاضطراب  
 المعدي المعوي تشأ بلا شك عن تأثير المم الهبضي في الجسم ولا ترتقي  
 الى حالة مرضية ثقيلة متفاوتة الدرجة الا عند اشتداد التسمم الهبضي  
 او وجود استعداد في الجسم وقابلية للاصابة به وقد زعم بعضهم ان نوب  
 الرعب والفرع التي تشاهد كثيرا عند تسلطن الوباء الهبضي كالانغماء  
 وتقلص عضلات سمانة الساقين ونحو ذلك من الاضطرابات العصبية ناشئة  
 ايضا عن تأثير المم الهبضي فانه مما رشح في الاذهان عند العوام ان الفرع



من الهيمضة خطر جدا وانه ابتداء الاصابة بها بحيث يوجد هذا عظيم  
من الانخفاض يخشون الخوف من الرعب من هذا المرض مدة تسلطه  
ونحن نظن ان هذا الاعتقاد فاسد وان هذه الاعراض مجرد نتيجة لتأثير  
العقلي والاولع التي تحصل عند الانخفاض الكثيرة الاحساس مدة  
تسلط هذا الوباء المخوف ومن حوادث انتشاره ومن كثرة تعدد  
الموتى فجأة فان عين الظواهر المذكورة او ما شابهها يحصل ايضا عند سكان  
مدينة وهي في محاصرة العدو ورمي الكل عليها فان الانخفاض الكثيرة  
الرعب وان كانت غير مصونة عن الاصابة فانها لا تزيد اصابتها عن غيرها  
من أرباب الجراءة ولا تبدى نوبة الهيمضة تبعا لما شاهدنا اتباعا احساس رعب  
واغماء وتقلصات في سمانة الساقين ولو ان كثيرا من المرضى يندب الطبيب  
من أجل هذه الظواهر ويطلب منه الاسعاف وعند البحث بالدقة في مثل  
هذه الاحوال لابد وان يكون سبق ذلك اسهال يزمن مختلف الطول لم  
يلتفت اليه المريض بالسكينة

ثم ان زمن تفرغ هذا المرض يكون من يوم الى يومين تبعا لبعض المؤلفين  
ومن ثمانية الى اربعة عشر تبعا لآخرين فان ملاحظة الزمن الذي يمضي من  
وقت تأثير السم الهيمضي الى حين هجومه لا يتيسر في كثير من الاحوال  
وفي بعض الاحوال التي شاهدها سنة ١٨٥٩ في جريفس ولد وكذا في  
أحوال عديدة شاهدها الطبيب جر يتير في قرية صغيرة في حدود مكلبرغ  
وأمكن منها تحقيق زمن الاصابة بالدقة تقريرا لم يكن زمن تفرغ هذا المرض  
أقل من ست وثلاثين ساعة ولا أكثر من ثلاثة أيام

ثم ان الشكل الخفيف جدا من الهيمضة يبتدى باسهال بسيط غير مصحوب  
بغص ولا برحير ولا ينتج عنه من الاضطرابات البنيية العامة سوى درجة  
خفيفة من الهبوط والتكسر والتبرز يتعاقب في فترات كثيرة التباعد عن  
بعضها أو قليلا منه والفضلات المنقذة تكون بكمية عظيمة جدا مائلة الا أنها  
لا تفقد الرائحة ولا اللون ومثل هذه الاحوال المرضية وان لم تذكر في القوائم  
الرسمية ولا تعتبر من هذا المرض الا أنهم ساعدوا طبائبا منها بدون شك ويؤيد ذلك  
أولا كثرة حصول الاسهال في زمن تسلط هذا المرض مع أن جميع ذوي

الغفلة يتجنبون كلام من تأثير التباعد عن التدبير الفعلى والبرد وغيرهما  
من المؤثرات المضرة ثانيا استعصاء هذا السعال وقلة تأثير الجواهر الا فيونية  
فيه ثالثا كثرة سرعان هذا المرض بواسطة المصابين بهذا السعال وانتقاله  
الى محل آخر رابعا كثرة استحالة هذه الاسهالات الهضمية البسيطة الى أشد  
اشكال هذا المرض نقلا فان كثيرا من المرضى سيما الفقراء الذين يتوجهون  
الى منزل الطبيب بانفسهم لاجل استشارته في اسعال بسيط قد اتهمهم  
وامتنعوا عن الوسائط العلاجية الاعتيادية من يوجد مساء اليوم الذى  
توجه فيه الى الطبيب في حالة كرب للغاية مستلقيا في فراشه في حالة سيانوزية  
فاقد النبض بارد الجسم بالكلية

والتيارب المهمة التى فعلت بخصوص الهضمة في البمارستانات الكبيرة  
وان كانت جذيرة النفع الا ان بعض الاطباء حاد عنها الى اتباع التصورات  
الفاسدة القديمة التى لم ازل اضرارها منذ عشرين سنة بالنسبة لاهمية  
الاصابة المعوية في الهضمة فانه قد صار الوقوع في خطأ جديد وعدم التفات  
الى الامر المهم من ان اغلب المصابين لا يوجد عندهم من الظواهر المرضية  
سوى الاسهال الغزير وان هؤلاء لا يدخلون البمارستانات واما نحن  
فنقول انه من اهم الامور معرفة ان هناك درجات عديدة بين الاسهال  
الهضمي والهويضة والهضة الثقبيلة جدا ( اعنى الهضة الاسفكسية اى  
الاختناقية ) وان هذه الاشكال الثلاثة مماثلة لبعضها اعنى من طبيعة  
واحدة وذلك اجدر بالاهتمام بالبحث عن علامة جديدة والتعلى الشكل  
الاسفكسي من هذا المرض

والاحوال المرضية التى تعتبر انتقالا من الاشكال الخفيفة الى الثقيلة هى  
التي ينضم فيها الى الاسهال الغزير قى متواتر وفيها الفضلات المنقذقة  
تكتسب الصفة المخوفة المعروفة بالفضلات البرازية الشبيهة بماء الارز  
بدون ان يصطحب ذلك بشلل في القلب وتسكاثف عظيم في الدم اللذيذ  
ينشأ عنهما الشكل الماهول لهذا المرض المعبر عنه بالهضمة الاسفكسية  
وبالشكل الثقيل جدا لهذا المرض ثم ان الشكل ذو الدرجة الخفيفة  
من الهضمة ولو انه قد يرتقى بسرعة الى الدرجة الشديدة جدا يهوى بالشكل



التي يجي من الهيمزة او الهويزة تميزا له عن الاسهال الهيمضي البسيط وعن  
الهيمزة الاختناقية وانتفاع لون المواد البرازية في هذا الشكل يكون متعلقا  
بتخفيفها وتخفيفا عظيما بسبب كثرة السائل المنفر من الماء وغزارته  
ولذا ان كمية الفضلات البرازية كلها عظمت وتكرر خروجها بسرعة كان  
فقد هاللون الاسمر البرازي الخاص والرائحة البرازية الخاصة بها سريرا  
أيضا وقد ينسحق جميعه يحصل المعاء من أول مرة اسهال وفي مثل هذه  
الاحوال توجد الفضلات المنقذقة ثانی مرة بالاسهال فاودة اللون والرائحة  
وسايجافها ندى مبيضة بكمية متفاوتة ولا يسوغ الحكم من فقد هذه  
الفضلات للون والرائحة بامتناع تكون الافراز الصفراوى وانصبابه في  
المعاء فان الصفرا ولو كان افرازا بكمية طبيعية مستمرا على حالته لا يكفي  
في تلون الكمية العظيمة جدا من الافراز المعوى السائل وقد دل البحث  
الكيمائى والمكروسكوبى على أن السائل المصلى المنفر من الاوعية  
الشعرية للمعاء في هذا المرض يكون مشملا على قليل من المواد الزلالية  
وكثير من الاملاح جدا سيما ملح الطعام وان الندى المبيضة الساخنة  
في السائل المصلى ينسدر ان تكون متكونة من اخلية بشرية باقية على  
حالتها بل الغالب انها متكونة من بقايا الاخلية المذكورة التي تكون على  
هيئة نويات منفصلة دقيقة ومختاطة بمادة حبيبية غليظة أو دقيقة ومتعلقة  
بمادة مخاطية ومن اخلية مستديرة ذات نويات حبيبية دقيقة أو غليظة  
وزيادة على ذلك يحتوى السائل البرازي الهيمضي على بلورات من املاح  
ثلاثية القاعدة لكن وجودها ليس على الدوام وعلى بقايا المطعومات  
وبعض جسيمات طفيلية ونخل فطري وكثيرا ما يوجد في الفضلات البرازية  
كرات دموية ويكون حينئذ السائل كثيرا زلال الخارج من بعض الاوعية  
الشعرية المتمزقة مع الكرات الدموية

وهذه الصفة الخاصة بالبراز الهيمضي والمعتبرة واصفة له من جميع المؤلفين  
توجه لنا مع الوضوح باقى اعراض هذا المرض فانه يسوغ تشبيه التغيرات  
التي تحصل في المعافى التسمم بالسم الهيمضي بالتغيرات التي تحصل في الجلد  
من وضع منقط عليه اذنى كلتا الحالتين نزول الطبقة البشرية الواقعة ويحصل

افراز غزير من الاوعية الشعرية وباختلاف شدة هذه التغيرات سيما  
بامتدادها يتعلق ولا بد كل من حصول ظواهر شلل في القلب وتسكاثف الدم  
عقب الفقد المائي وارتقائه لدرجة خطيرة والاحوال التي فيها يكون فعل  
القلب قليل الضعف والتي فيها يستعاض الفقد المائي من الدم بواسطة  
شرب الماء هي التي يظهر فيها هذا المرض على شكل الهويضة

ومتى ظهرت الفضلات البرازية الهضمية الواصفة ارتقى العطش الذي لا بد  
من حصوله في الاسهال الهضي البسيط الى أشد الدرجات ولا حاجة لتوجيه  
هذا العرض الشاق للغاية توجيهه بخصوصا فانه يشاهد في جميع الاحوال  
التي يفقد الدم فيها كمية عظيمة من الماء سواء كان بازدياد التبخير المائي  
الغير المحسوس كما في الامراض الحمسية أو بازدياد الافراز العرقى أو الجوى  
وفي احوال الهويضة يكون الفقد المائي للدم اعظم ولذا كان العطش أشد  
وأقوى مما في الاسهال الهضي البسيط وينضم الى الفضلات البرازية  
السائلة الواصفة والعطش الشديد والهبوط العظيم والانحطاط ظاهرة أخرى  
شاقة على المريض وليست واضحة التوجيه الى وقتنا هذا وهي الانقباضات  
العضلية التشنجية التي تحصل زمنا فزمنيا في بعض العضلات سيما عضلات  
سمانة الساتين وتسمى احيانا من نصف دقيقة الى دقيقة كاملة وتضطرب  
بالآلام شديدة جدا وليست هذه الانقباضات خاصة بالهيضة الاسية بل كثيرا  
ما تشاهد أيضا في الهيضة الافرازية أى الذاتية وفي الاحوال ذات السير  
الجيد يصير الاسهال تدريجيا نادرا غزيرا والصفراء المنصبة في المعاء  
كافية في تلون الافراز المعوى بلون منتقع في الابتداء ثم يسمر واخيرا يزول  
الاسهال ويأخذ المريض في الشفاء الا ان النقاة تكون دائما ببطء وفي  
احوال أخرى تحصل نسكة بعد أخذ المرض في التحسين فيرتقى الى درجة  
خطرة جدا كما لا يحصل أحيانا تحسيرا في حالة المرض فشكل الهويضة  
يسهل بسرعة او ببطء الى الهيضة الاختناقية

وأما الشكل الاسفكسي من الهيضة فينشأ عن ارتقاء التغير الهضي في المهي  
الى أشد الدرجات واقن ما هناك انه يمكن توجيه جميع الاعراض الواصفة  
لهذا الشكل بالاعراض المرضية الثقيلة الممتدة التي تعترى الغشاء المخاطي



المعوى وبالأفراز المعوى الغزير الاتى من الاوعية الشعرية والاقاويل  
بانه في اثناء الاوية الهضمية قد يهلك بعض الانساض بقاواهر فقد النبض  
مع البرد الشديد واللون السبيانوزى ونحو ذلك بدون اسهال أو في وبدون  
ان توجد في الجثة التغيرات الواضحة في المعى صارت نادرة في الاوية الاخيرة  
بحيث ان مشاهير الاطباء الممارسين لذلك ينكرون الا ان وجود ما يسمى  
بالهضمة الجافة مع ان ذلك في الاوية الاولى من هذا المرض كان يعتبر من  
الامور الثابتة بلا شك وينعكس ذلك بالنسبة للقول بتعلق باقي الاعراض  
الهضمية الاسفكية باصابة القناة الهضمية فان كثيرا من الاطباء القائلين  
بوجود هذه التغيرات المعوية على الدوام لا ينسبون باقي اعراض الهضمة الى  
هذه التغيرات بل يزعمون انها في الهضمة الاسفكية ليست ذات أهمية كثيرة  
بالنسبة لمجموع اعراض هذا المرض وذلك كالتغير المعوى بالنسبة لمجموع  
اعراض التيفوس البطني وسنبين خطأ هذا القول فيما بعد ثم ان الهضمة  
الاسفكية تنشأ في كثير من الاحوال عن الاسهال الهضمي أو الهويضة  
الذين كانا موجودين من قبل من منذ أيام لكن كثيرا من الظواهر المتصف  
بها هذا الشكل من الهضمة ما يظهر بعد حصول أول اسهال هضمي ببعض  
ساعات اذ به يظهر انه يستقر غ جيع متحصل الماء دفعة واحدة بحيث  
يستغرب المريض من كثرته وكثير من المرضى لا يتوهم في مثل هذه الاحوال  
وقوع الخطر العظيم الذي هو فيه فيحمل في نذب الطبيب لا يقاى هذا  
الاسهال البسيط الغير المألوم مع انه من الجائز هروهم وانسكابهم  
على الطبيب في اوقات أخرى متى حصل عندهم أدنى مغص خفيف ثم انه  
يعقب الاسهال الاول ثان وثالث وهلم جرا في تكرر في فترات قصيرة وتكون  
الفضلات البرازية بكمية عظيمة جدا مائعة و ينتقل في اقرب وقت الى  
صفة الاسهال الشبيه بماء الارز مع فقد اللون والرائحة وكثير من المرضى من  
يحبس بعد الاسهال الثانى أو الثالث بضعف وانحطاطا عظيما جدا أو يقع  
في حالة اغماء بحيث لا يمكنه الوصول من محل البراز الى الفراش الا بمساعدة  
وفي هذا الزمن يحصل ايضا انقباضات عضلية مؤلمة في عضلات مهانة  
الساقين وتطلب شرب شديد يزداد بتكرار الاسهال وينضم بسرعة لنوب

الاسهال في يستفرغ به ابتداء متحصل المعاء ثم سائل قليل الاصفرار  
 بكمية عظيمة جساويزداد ضعف المرضى بسرعة عظيمة فيفقد الصوت  
 رنائه (وهو الصوت الهيسى) وتخرج الاستفرغات المعوية بدون ارادة  
 ويزول الافراز البولي وتشتد الانقباضات العضلية التشنجية المؤلمة ولا  
 يمكن اطفاء العطش الشديد وينضم لهذه الظواهر احساس عظيم بضجر  
 فيكون هو الانقباضات المذكورة كثيرا عراض الهيمضة تعال بالمرضى  
 ومع ذلك يعتري سحنة المرضى تغير قطيع مفرع للغاية فتغور العينان  
 في الحجاجين ويتدبب الانف وتهبط الوجنتان (ويسمى حينئذ بالوجه  
 الهيسى) وينكمش جلد الانامل فتشبه أنامل في الغسلات التي يشتغل  
 بالغسيل طول النهار وعند رفع جلد البدن على هيئة ثنية تبقى هذه الثنية  
 زمانا طويلا ولا تزول الا ببطء وكل من الشفتين والاطراف والاعضاء  
 التناسلية يكون ملونا بلون سبانيا نوزي وكثيرا ما نكسب الهيمضة  
 الظاهرة من الجسم لونا مرقا او سنجانيا والنبيض الكعبري الذي يصير دقيقا  
 صغيرا بعد نوب الاسهال الاول لا يحس به بالكيفية عند كثير من المرضى  
 بعد ساعة واحدة من ابتداء نوبة هذا المرض ثم يزول عقب ذلك النبيض  
 السباتي ويفقد بالسكابة وتصير اصوات القلب وضربات غير واضحة وفي  
 اثناء اضطراب الدورة وعدم تمامها وعدم وصول كمية كافية من الدم  
 الشرياني الحار الى ظاهر الجسم تنحط حرارته خصوصا في الاجزاء غير  
 المغطاة بحيث تكون كحرارة الرمة (ويسمى هذا بالدور الجليدي) ومن  
 النادر ان تشتكي المرضى بالم في الرأس بل الغالب شكواها بظلمة امام  
 الاهير وطنين في الاذنين ودوار ولا يتكدر ادراكهم لكن اغلبهم يكون في  
 حالة هبوط عظيم وان اشتسكوا ببعض الامم وضجر الا انهم لا يفرعون من  
 الخطر واجوبتهم تكون بطيئة غير مفرحة وقابلية تنبيهه الحركات  
 الانعكاسية تكون متناقصة فانه في كثير من الاحوال لا يحدث عندهم  
 تاثير الا بخبرة ولو جر يفة سعالا ولا عطا سا ولا ترمش اجفانهم بتقريب اصبع  
 مثلا نحو المتخممة ولا يحصل لهم ارتعاش عند رش الماء عليهم وليس من  
 المستغرب ان كثيرا من الاطباء في الاوبئة الابتدائية من الهيمضة لا يلتفت



الى الاصابة المعوية ويعتبرها منشأ لجميع اعراض هذا المرض وينبوعا  
اصليا لخطره حتى من كان منهم يعتبر السائل المعوي الشبيه بماء الارز علامة  
واصفة لهذا المرض كان يرتب ان يعالج ويحافظ على صحته تدبير اغذائيا  
مضادا لاسهال بالكلية وكان يعالج كل اسهال بغاية الهمة والمداومة فان  
كلام من تغير حالة المرضى الصرية جدا والاضطراب العظيم لاغلب الافعال  
والوظائف العضوية وفقد النبض والبرودة الشديدة وانقطاع البول  
والصوت الهضمي والسحنة الهضمية وبقاء الثنيات الجلدية بعد رفعها  
كما تقدم وكذا الامر المعلوم من دخول كثير من المرضى البيمارستانات  
وهي على هذه المثابة ولم يحصل لها اسهال ولا قي ولم يمكن الاستدلال على  
حصول ذلك عندهم قبل دخولهم البيمارستانات ادى جميع ذلك الى  
نظريات لا طائل تحتها فانه وان اعترف بان السم الهضمي يؤدى الى اصابة  
مرضية في القناة المعوية الا انه كان يزعم ان لهذا السم مع ذلك تأثيرا مضرا  
جدا في الدم والمجموع العصبي بل وفي جميع الاعضاء والمنسوجات تأثيرا  
لا واسطيا بل يحصل حصوله مع سلامة القناة الهضمية ثم ان الاحوال التي  
يتضح فيها الدور الجلدي في ظرف بعض ساعات لا تسمح بايضاح تعاقب مجموع  
اعراض الهضمة بالاصابة المعوية ايضا حايها بخلاف الاحوال التي فيها يظهر  
الدور الجلدي من هذا المرض مع التدرج بعد بعض ايام فانه يستبان منها  
ذلك مع الوضوح التام لكن من تماثل الصورة المرضية الانتهاية لا يشك في  
ان الاحوال التي تسير سير امرها صاعقا توجه بكيفية واحدة كاحوال  
الباطية السير فان نتيجة انزلة المعوية والافراز المعوي الغزير الاتي من  
الوعية الشعرية المعوية وعوق امتصاص السوائل المترددة هي تسكاثف  
الدم وفقره الحاد اى قلة احتوائه على الماء والاملاح ومادام التغير المرضي  
قليل الشدة لا يكون له تأثير على الدورة وتوزيع الدم في الجسم وانما يتراد  
العطش ويتناقص الافراز البولي لكن كما ان الحرق يعكس في الدرجة  
الثانية قليل الخطر مادام قليل الامتداد اى قاصر ا على اجزاء محدودة من  
سطح الجسم يكون كثيرا اذا كان شاغلا لحال عمدة وكأنه لا يجوز نزع جميع  
البشرة الواقية لجسم انسان بواسطة المنفطات فكذلك ينضم الى الاصابة

الهيمية الشديدة الممتدة في المعالظواهر المرضية الثقيلة المخوفة الواصفة  
للدور الجليدي فالفعل القلبي ينشل والدم الفاقد لماهية يجذب السوائل  
بكثرة من خلال جميع المنسوجات وبذلك تهير هذه المنسوجات جافة متناقصة  
الحجم ولذا يتسبب الانف وتتهبط الوجنتان وتغور العينان في الخجاجين  
ويتكسر جلد الانامل ويحرق قنبي ثنيات الجلد الجاف الفاقد لطوبته بعد  
رفعها بل وبعض الانسكابات المرضية المتجمعة التي لم تثمر في امتصاصها  
الطرق العلاجية الى وقت اصابة المرضى بالهيمية كالانسكابات البليوراوية  
والمفصلية وغير ذلك تمتص وتزول عقب الاصابة بهذا المرض بل والطفحات  
الناشعة والقروح تجف فتصير على هيئة الجلد الجاف ومع تعاطي  
المرضى المشروبات بدون انقطاع يكون فقد الماء أكثر من تعويضه بحيث  
تفقد المرضى زيادة عن خمس وزنها في بعض ساعات قلائل وكما ان  
امتصاص السوائل من خلال المنسوجات يوجه به موله بتكاثر الدم العظيم  
فكذلك يوجه به انقطاع باقى الافرازات الطبيعية كاللعاب والدموع والعرق  
والافراز البولي فان العنصر الضروري لهذه الافرازات وهو الماء يفقد من  
الدم وزيادة على ذلك فان انقطاع الافراز البولي له سبب آخر وهو اضطراب  
الدورة ووقوفها وأما ضعف فعل القلب العظيم المتعلق به ضعف ضرباته  
وعدم وضوح الغاطه وصغر النبض أو انطفأؤه في الشرايين الكبيرة  
بل والسببانية فيظهر انه ناشئ عن التأثير المضعف الذي تحدثه الاصابات  
المرضية الثقيلة الفجائية لاسيما اصابات اعضاء البطن السفلى على المجموع  
العصبي الغذائى وبالاخص على اعصاب القلب ولقد شاهدت عدة  
مرات عقب تثقب القروح المعدية فقد النبض واللون السيائوزى والبرودة  
المرمرية في الاطراف بل انى شاهدت في حالة سبق ذكرها من تثقب  
الاثنى عشرى تشخيص المرض بالهيمية الجافة قتل هذه الاحوال الخالية  
عن مجرد الظن بوجود تسمم تثبت خطأ النظريات القائلة بان السم الهيمى  
له تأثير مثل لاداعطى على المجموع العصبي السمبائوى ومن جهة أخرى  
لا يبعد على العقل ان ركود الدم ووقوف جريانه في الاوعية الشعرية  
القلبية يعين على شل هذا العضو فانتاعلم أن الدم لا يمكنه المرور في الاوعية



الشعرية مع السهولة الا اذا كانت الكرات الدموية منعزلة عن بعضها بكمية كافية من السائل الدموي بين الخلايا وبعضها فالققد المائي العظيم الذي يعسرى الدم في الاحوال الثقيلة من الهيضة لا بد وان يترتب عليه عسر بل تعذر في الدورة الشعرية ومتى ركد الدم في الاوعية الشعرية لجوهر القلب كان شلله غير التام نتيجة ضرورية لذلك تبعاً لتجارب الفسيولوجية والمرضية وكذا اللون السياف الذي يحصل في الدور الجليدي من الهيضة مبني على نفس هذا السبب الذي يبنى عليه ذلك أيضاً في اثناء سير هذا المرض أعني عدم انتظام توزيع الدم فان الشرايين التي لا تقبل دماً من القلب تنقبض فتدفع ما احتوت عليه من هذا السائل في الاوعية الشعرية والاوردة فتجمع الدم في هذا القسم من المجموع الدوري ينتج عنه تاؤن سيافوزي عظيم جداً وذلك لانه يكون كثير التركيز والكرات الدموية الملوثة تبعاً لذلك ولانه يكون أيضاً مكتسباً للحالة الوريدية واللون الداكن في أعلا درجة فان اريد فعل فصد في اثناء دور الجليد كما كثر اجراء ذلك في الاويصة الاولى في الهيضة بزغ من الوريد المنتفخ سلسول من دم ككثيف دأكن ثم لا يخرج بعد ذلك شئ من الدم فيمنع قد هذا السلسول ويقف بحيث لا يمكن استنفراغ بعض نقط قليلة من الدم الا بواسطة ذلك والعصر ثم عند عود الدورة ثانياً وانتظامها يزول اللون السيافوزي بسرعة ولولم يزل لون الدم في هذا الزمن دأكا كعصارة الوشنة ولقد اثبتت في رسالتي الصغيرة المؤلفة سنة ١٨٤٨ في المعالجة العرضية في الهيضة ان كلام من الاسف ككسيا اي الاختناق والسيافونوز لا يتعلق فقط بتسكاثف الدم بل معظمه متعلق بالتأثير الشللي الذي تحدثه الاصابة المعوية الممتدة على العصب العظيم السمباتوي وتؤيد ذلك زوال اللون السيافوزي بسرعة وانقطاع حصوله في زمن لا يتصور فيه تعادل تسكاثف الدم بقبوله كمية كافية من الماء وبكل من شلل القلب وتسكاثف الدم الناتج عنه ركوده ونرا كة في الاوعية الشعرية الرئوية بوجه العرض الذي عسر على توجيهه سنة ١٨٤٨ وهو الضجر وعسر التنفس الذي لا يكاد يفقد على الدوام في الدور الجليدي من الهيضة فان تبادل الدم في الاوعية الشعرية الرئوية امر ضروري جداً بالنسبة للتنفس

كالشبادل الهوائي في الخللا بالرئوية وحيث ينفذ ينشأ عن ركود الدم ووقوف  
 الدورة الدموية الاحتياج للهواء وضيق النفس مع الضيق كما ينشأ ذلك  
 عن العوائق التي تحصل في الشعب والخللا الهوائية التي بها يحصل عرق  
 الهواء في الدخول والخروج وكون تنفس المصابين بالهيضة لا يتم جيداً  
 ولو كانت حركات الصدر ممتدة ودخول الهواء في الحويصلات الرئوية  
 غير معاق قد ثبت بقلّة احتواء الهواء الخارج بالتنفس عند المصابين بهذا  
 المرض على حمض السكر بون وبالجملة يسهل أيضاً توجيه انقطاع الافراز  
 البولي في الدور الجليدي في الهيضة وقلة افرارته في احوال الهويضة  
 والاسهال الهضي فالتا نعلم أن كمية البول المنفرزة تتعلق بدرجة الضغط  
 الجانبي الواقع على جدر التلافيف الوعائية للمعاطة المبيحية وقد أوضحنا  
 فيما تقدم أنه في احوال امراض القلب والرئتين التي يتبع عنها قلة امتلاء  
 البطين اليساري والمجموع الشرياني لا بد وان يتناقص هذا الافراز  
 فلذا لا يستغرب انقطاعه في الدور الجليدي المذكور الذي فيه يكاد يفصل  
 القلب يفقد والنبض لا يدرك ولو في الشرايين العظيمة وأما تناقص الحرارة  
 في دائرة الجسم فيظهر أنه متعلق بتناقص تولد الحرارة من جهة ومن  
 جهة أخرى بقلّة ورود الدم الحار الى الجلد بسبب ضعف فعل القلب ثم ان  
 الهيضة الاسفلية ذات سير حاد جداً فان كثيراً من المرضى يهلك  
 في الست ساعات الاولى او في اثنتي عشر او اربع وعشرين ساعة ويندر أن  
 يمتد دور الجليد زيادة عن يومين وكثيراً ما ينقطع الاسهال قبل حلول الموت  
 ببعض ساعات وينبغي التوفى من اعتبار ذلك علامة جيدة فان هذا لا يحصل  
 من انقطاع الافراز المعوي بل من شلل الطبقة العضلية للمعاء وبالعكس ذلك  
 المرضى الذين لا ينقطع اسهالهم بل يستمر زمناً طويلاً يكون شفاؤهم أكثر من  
 الذين ينقطع اسهالهم فجأة لكن لا يترتب على ذلك الحكم بان الافراز المعوي  
 الغزير المستطيل له تأثير جيد في سير هذا المرض أو أقله يكون خالياً عن  
 الخطر فالاجود أن يعبر عن هذه الظاهرة بان طور شلل المعاء في الهيضة  
 علامة من العلامات المخوفة جداً بخلاف استمرار الاسهال فانه يدل على عدم  
 شلل المعاء ولذا كان اجود بالنسبة للحكم على عاقبة هذا المرض وهلاكه



المرضى المصابين بالحيضة يشبه انطفاء الحياة التدريجي خصوصا وانه تفقد في حالة التزع الخرخرة القصبية التي تسكاد تطرأ في جميع الامراض قبل الموت بقليل وفي الاحوال الحميدة يتناقص الاسهال بالتدريج والسوائل المزدردة لا تنقذف من المعدة في الحال ويعقب هذه الظواهر الابتدائية التحسين الذي ينتقل المرض به الى حالة الجودة ظواهر يستدل منها على امتصاص جزئي من السوائل المزدردة وبذلك يتعادل تسكاثف الدم وتعود الدورة الشعرية ويرجع النبض الى الشرايين السباتية أولا ثم الى الكعبرية ويزول اللون السيانوزي ويعود امتلاء الجلد ويزول تغير السحنة وحينئذ ينتقل هذا المرض من الدور الجليدي الى دور رد الفعل ولا تظهر في هذا الدور الاخير ظواهر مرضية مخصوصة فيكون اذذاك ابتداء النقاهاة وحينئذ يظهر بعد زوال ظواهر الاختناق اسهال تنقذف به كمية عظيمة من مواد متلوثة بالصفراء ذات رائحة برازية واضحة وفي اليوم الثاني أو الثالث تخرج مواد ثقلية عجيبيية او متشككة او يحصل امساك وكل ذلك يدل على تعويض الطبقة البشرية فيمكن حينئذ تشبيه هذه الاحوال بالتي فيها يزول الانتهاب الجلدي السطحي الناتج عن وضع منقطة عالية بعد تعويض البشرة الجلدية في قليل من الايام وكذا وقوف الدورة الشعرية الذي يحصل في الدور الجليدي من الحيضة لا يؤدي الى تغير مادي في احد الاعضاء متى كان دور رد الفعل مكونا لا ابتداء النقاهاة وانما قد يكون البول الاولى الذي يندفع من المريض زلاليا بسبب ركود الدم في الاوردة والاعمية الشعرية المسكلوبة الذي يسبق عود انتظام الدورة الشعرية ثانيا الى الحالة الطبيعية وفي غير هذه الاحوال التي فيها لا تستعاض تعرية الغشاء المخاطي بسرعة تامة يزول الاسهال الغزير في دور رد الفعل الا انه يبقى عند المريض اسهال خفيف تسدفع به كمية من مواد مائعة كريهة الرائحة مخضرة ويبقى النبض صغيرا وتبقى حرارة الاطراف منقطة ولم تزل المرضى في حالة خطر عظيم عقب ثوران الامابة المعوية ثانيا لکن من النادر في مثل هذه الاحوال تردد ظهور دور الجليد مع فقد النبض وحصول اللون السيانوزي والبرودة المرصية ويكثر جدا انتقال دور رد الفعل غير التام الى

ما يسمى بالتيفويد الهيفي اعني الحالة التيفوسية التي تعقب الهيفضة كما انه  
يكثر جدا انتقال دور رد الفعل المذكور الى نقاهة بطيئة ولو بعد انقطاع  
الاسهال وهناك شكل مرضي آخر ينشأ بعد زوال الدور الجليدي وهو ان  
النبيض لا يعود فقط لحالته الطبيعية بل يصير زيادة عن ذلك مما تقويا  
والحرارة التي كانت منخفضة ترتقي الى درجة عظيمة وتصير الوجنتان ذاتي  
لون مجردا كن وتحتقن العينان وتظهر اعراض احتقانية تواردية نحو  
الدماغ وغيره من الاعضاء وتوجيه ظواهر رد الفعل الشديدة هذه عصر ومن  
القريب للعقل عندي أنها تنشأ عن حالة الدم وصفاته غير الطبيعية التي  
لم تزل غير متعادلة وعن عوق الدورة الشعرية أيضا وكذلك ظواهر رد الفعل  
الثقيلة كثير اما تنتقل الى حالة تيفوسية في بعض الاحوال أو الى نقاهة تامة  
في غيرها وقد ثبت الآن القول بان الحرارة عند المصابين بالهيفضة تكون  
متناقصة في الظاهر أعني في دائرة الجسم فقط وفي الباطن متزايدة بواسطة  
التجارب المستعدة فان المعلم يوتر بوجت قد وصل بواسطة القياسات العديدة  
الا كيد الحرارة جسم المصابين بالهيفضة الى النتائج الآتية وهي أولا انه في  
الدور الجليدي تنخفض حرارة الجرع والاجزاء المتصلة به كالرأس والاطراف  
انخفاضاً عظيماً زيادة عن كل مرض ثانياً انه في هذا الدور تكون حرارة  
التجاويف التي في الجرع (اعني تجويف المستقيم والمهبل) أعظم من باقي  
أجزاء الجسم وان حرارة هذه التجاويف التي يمكن القياس منها هي التي يبنى  
عليها معرفة درجة حرارة الجسم العمومية ثالثاً انه في الدور المذكور تكون  
الحرارة الباطنية في الجسم في غالب الاحوال (سواء انتهت بالشفاء  
أو بالموت) متزايدة ومن النادر أن تكون طبيعية وأندر من ذلك جداً أنها  
تكون متناقصة بدون أن يمكن معرفة أسباب هذه الاختلافات من  
الظواهر المرضية مدة الحياة أو من الصفات التشريحية بعد الموت  
رابعاً ان درجة الحرارة ترتقي في دور الهيفضة الجليدي عند القرب من الموت  
حتى يحصل وأما ارتفاعها بعد طرده فيظهر أنه لا يحصل ومع ذلك توجد  
احوال فيها لا يحدث النزاع ارتفاعاً في درجة الحرارة بدون معرفة سبب ذلك  
خامساً انه عند حلول رد الفعل البسيط لا يحصل ارتفاع في درجة الحرارة



العمومية بل يحصل تناقص لطيف في حرارة الاعضاء الباطنة بخلاف الاجزاء الظاهرة فان حرارتها تزايد سادس انه في الاحوال التي فيها يكون رد الفعل بطيئا تنحط غالب حرارة الجسم العمومية عن الحالة الطبيعية سابع ان جميع الاصابات الانتهاية التابعة تحدث في الغالب ارتقاء في درجة حرارة الجسم ثامنا انه يشاهد في أثناء النقاهة التامة ارتقاء في درجة الحرارة زيادة عن الحالة الطبيعية بدون أن يوجد لذلك سبب مرضي

ونعني بلفظ التيفويد الهيمضي أو الحالة التيفوسية التابعة للهيمضة الاصابات الثانوية التي تعقب غالبا النوبة الحقيقية للهيمضة والامر المعلوم من ان هذه الاصابات التابعة تكاد تعقب على الدوام الهيمضة الاختناقية ولا تعقب الاسهال الهيمضي البتة ويندر جدا كونها تعقب الهويضة وانها لا تعقب كل نوبة هيمضة اختناقية على الدوام يثبت منه انها ليست متعلقة بالتسمم الهيمضي بدون واسطة بل ان حصولها ينشأ على التغيرات المرضية التي تحصل في أثناء النوبة الهيمضية ولا سيما الاختناقية وقد ذكرنا ما يشابه ذلك عند الكلام على التيفوس الذي فيه كثيرا ما تعقب الظواهر المرضية التعممية التيفوسية كذلك اصابات مرضية تابعة ناتجة عن التغيرات المرضية التيفوسية نفسها ومن الواضح أن ركود الدم المتكاثف في الاوعية الشعرية وانقطاع التبادل العنصري المرتبط بذلك له تأثير مضر جدا بالنسبة لتغذية الاعضاء وانتمام وظائفها متى استمر هذا الركود الدموي الشعري جملة ساعات أو يوما يتساقطه أو زيادة عن ذلك ولقد ذكرنا فيما تقدم جملة اضطرابات غذائية انتهاية يشاهد اثارها في جثة المالكين بالهيمضة بعدمضي نوبة هذا المرض وهذا الاعتبار بالنسبة لمنشأ الاصابات التابعة في الهيمضة أعني التيفويد الهيمضي يطابق الحقائق المعلومه من ان هذه الاصابات التابعة يكثر حصولها كلما كان دورا الجليدا كثر وضوحا واستمر زمانا طويلا وكون الاصابات الانتهاية التابعة تبقى على الحالة السكامة ولا تتضح الا باعراض ضعيفة شديدة أعني ظواهر تيفوسية ظاهرة من الظواهر المخصوصة التي تشاهد في التهابات غير التي نحن بصدد ها متى اعتبرت مرضي منهو كين من قبل

ولنتبه على ان الالتهاب الرئوي مثلاً لمصيب للشيوخ المنهوكين كثيراً  
ما ينقص بالحمى المعدية المخاطية بالالتهاب الشعبي العصبي الوعائي  
وبالتيفوس ونحو ذلك عند ترك البحث بالعلامات الطبيعية بسبب التشابه  
التام للصورة المرضية وفقد الاعراض المحسوسة للرضي من جهة الرئة  
المریضة

وقد دلتني التجارب على ان الالتهاب الكلوي الحاد اللبني وانقطاع البول  
الناجم عن انسداد الفتوات البولية المؤدى اليه هذا الالتهاب وان كان  
هو المرض التابع للهيمضة الاختناقية الكثير الحصول الا انه ليس هو  
السبب الوحيد في الحالة التيفوسية الهيمضية كما زعم ذلك بعضهم وان بقي  
انقطاع الاغراز البول مستمرا بعد زوال الظواهر الاختناقية من  
الهيمضة او كان البول المنغرز بكمية قليلة محتوية على كمية عظيمة من  
الزلال او اسطوانات ليفية عديدة وطراقي واشتكت المرضى بالام  
شديدة في الرأس ثم وقعت فيما بعد في حالة كوما أو تشنج جاز تشخيص المرض  
بانه التهاب كلوي لبني حاد أو تشنج بولي حاد وقد شوهد في مثل هذه الاحوال  
تغطية الجلد بالبولينا المتبلورة

وكثير من المرضى من ينقذ منه بعد اليوم الاول أو الثاني من زوال الظواهر  
الهيمضية الاختناقية كمية طبيعية من البول بل قد تكون هذه الكمية  
زيادة عن الحالة الطبيعية اذا كان المريض تعاطى كمية عظيمة من الماء  
وكذا يزول الزلال من البول بالكلية فيما بعد ومع ذلك فان المرضى تقع في  
حالة ضعف عظيم وتضطرب حواسهم وادراكهم ويظهر عندهم هذيان بهدء  
ويصير اللسان جافاً مغطى بقشور والنبض سريعاً ضعيفاً وغازات ترتفع  
الحرارة وتترلق المرضى الى أسفل الفراش وهما آثم الظاهرة تشبه بالكمية  
التيفوس الثقيل وهذه الاحوال ادت لاطلاق اسم التيفويد الهيمضي عليها  
ويوجد غالباً مع مجموع الاعراض المذكورة اسهال تندفع به مواد كريهة  
الرائحة مختلطة بنسب بشرية وهؤلاء المرضى الذين يكادون لا يستيقظون  
من خدرهم بواسطة النداء عليهم أو بتأثير بعض المهيجات تتعطب وجوههم  
وتقلص عند الضغط القوي على بطونهم فتستيقظ ويوجد في مثل



هذه الاحوال التهاب دفتيرى فى المعاي يكون قد أعقب الالتهاب المعوى  
 التزلى الذى هو نوع من الالتهاب المعوى الخاص بالهيضة ومن الجائز ان  
 هذا الالتهاب الدفتيرى يكون ناشئاً عن التريج الذى يقع من منحصل المعاء  
 على سطحها الباطن العارى عن طبقة البشرية وأغلب المرضى الذين  
 يقعون فى هذه الحالة يهلكون منها عقب الانحطاط العظيم ثم ان حصل  
 عند المرضى بدلا عن الالتهاب الدفتيرى المعوى التهاب دفتيرى فى  
 أعضاء التناسل أو التهاب رثوى أو بولوراوى أو غيرها من الالتهابات  
 التابعة للهيضة كانت الهيئة الظاهرة للمرضى غير مخالفة لما ذكرناه  
 كما أشرنا الى ذلك فيما تقدم فان الظواهر المرضية التيفوسية المتعلقة  
 بالحمى هى التى تتضح وأما الظواهر المرضية الموضعية المحسوسة للمريض  
 المتعلقة بالآفة الموضعية فانها تختفى أو لا تظهر بالسكية وبالجملة  
 فقد لا يشاهد فى بعض الاحوال آفة موضعية مدة الحياة ولا فى الجسم  
 بعد الممات اليها تنسب الحمى المنهكة التى يهلك بها عدد عظيم من  
 الأشخاص بعد مضي النوبة الهيضية وقد جعل بعضهم أهمية مخصوصة  
 للطفح الذى لا ينسدر أن يشاهد فى أثناء التيفويد الهبضى ويكون تارة  
 نمكتيا وتارة حمليا وتارة ارتماويا بل زعم ان الطفح الهبضى مماثل للطفح  
 التيفوسى وان وجوده دليل على تماثل التيفويد الهبضى بالتيفوسى  
 أو قربه منه اسكن الطفح الهبضى ليس عرضا دائما للوجود فى التيفويد  
 الهبضى فلا يكون مشخصا لهذه الحالة الاخيرة ولاداعليها وهو يظهر  
 تبعا لتجاربنا مرارا فى الاحوال التى فيها وضعت ضهادات خردلية مستقرة  
 على الاطراف أو التى دلكت الاطراف فيها بقوة فى أثناء الدور الجليدى  
 وهذا الطفح الذى يصيب الاطراف على الخصوص ويعتد كثير الى الجذع  
 يظهر لثانته كغيره من الاحوال التابعة للهيضة اضطراب غذائى فى  
 الجلد ناشئ عن ركود الدورة وانقطاع التبادل العنصرى يساعده على  
 حصوله التهيجات الجلدية السابقة وبالجملة فقد تنبه فى العصر الاخير  
 على المبالغة فى الاهمية التشخيصية للطفح التيفومى وانه فى كثير من  
 الامراض الحمية الاخرى تشاهدا ايضا بقرودية متفرقة وارتقا

### المعالجة

لا تعرض هنا الكلام تفصيلا على الوسائط الصحية العمومية والكرتينية التي يتعشم منها في منع انتشار الوباء الهبضي وانما ذكر مع الاختصار انه ثبت مع التأكد في أثناء الوباء الهبضي الذي تسلمت في مدينة مكسيكو في سنة ١٨٥٩ ان الوسائط الكرتينية وقطع التواصل بين المحال المصابة والمصابة ذات تأثير واق بلا شك مع انها كانت قد اعتبرت عديمة النجاح تبع التجارب القديمة المفعولة في أثناء الوباء الاولى من هذا المرض وأنه من المثبت أيضا ان المصاب باسم الهبضي بسيط وغير مضر في الظاهر يمكنه نقل السم الهبضي الى محل مصون عن هذا المرض الى حين مجيئه فيه ويكون سببا في ظهور وباء مهلك كما ثبت ذلك في الوباء الاخيرة بكيفية واضحة متعددة فيجب على كل محل يروم الوقاية من انتشار الوباء فيه قطع المواصلات بالكلية بينه وبين المحال الاخرى المنتشرة فيها هذا الداء ومن المأمول وقوعه والجيد جدا اتباع النصائح الصحية العمومية بتجفيف أرض المدن وتنقيتها من المواد العفنة المتحللة بها بواسطة مجاري التجفيف وقنواتها وتحسين حالة المراحيض فبذلك يتعشم في تنقيص استعدادها وتجنب زيادة انتشار أوبئة هذا المرض

وحيث ان تفصيل الكلام هنا على الوسائط الصحية العمومية التي ينبغي للاطباء طاب اجرائها من الحكومة المحلية في البقاع المنتشرة فيها هذا المرض انتشارا وبائيا يخرجنا عن المقصود فنقتصر على ذكر بعض وصايا مهمة وهي ان المراحيض وحفر السباخ ومجاري القاذورات الوسخة لما كانت تعين على تكون السم الهبضي بكمية عظيمة يجب ولا بد الاتفات الكلى الى نظافتها وتخيرها بالجواهر المضادة للتعفن ولا ينبغي صب الفضلات البرازية الهبضية في المراحيض العمومية مطلقا وقد تبصر لاحد تلامذتنا وهو الطبيب ريش وقت تلمذه بمدرسة جريفس والد حين دعى لداواة المصابين بالهبضة في بلدة صغيرة تدعى تيربسي في حدود مكسيكو في سنة ١٨٥٩ ان تخفيفا عظيما بالحاحه على الحكومة المحلية بتنظيف المراحيض ونزعها نزعاً كاملاً وصب مقدار عظيم من محلول الزاج الاخضر فيها ووضع جزء من



هذا المحلول امام المنازل في مواعين لمسهولة اجراء ما ذكر مع الملاحظة التامة  
لكن كون هذا المحلول المزيج للروائح الكريهة من المراحيض له خاصية  
افساد جرثومة الهيضة ومنع انتشارها غير ثابت ولا مقطوع به وكذا اوصت  
جمعية الاطباء بمدينة بلربن المختصة بالامراض الوبائية بغمس الملابس  
وملأت الفراش ونحوها في الماء المغلي لاجل تنقيتها من جرثومة الهيضة  
وبتنقية المراحيض التي تكون خارجة عن المنازل بكلورور الكلس  
(بان يوضع على كل مائة جزء من المواد البرازية عشرة اجزاء من كلورور  
الكلس المحلول) ولجل تنقية اواني البراز ونحوها يؤخذ مخلوط مركب  
من جزئين من فوق منجانات الصودا على ٤٥ جزءا من كبريتات الحديد  
و ٥٣ من الماء ولجل تنقية البيوت التي كان مقامها بالمصابون بالهيضة  
يستعمل غاز الكلورور وفي عصرنا هذا يعتبر حمض الكربوليك اي الفينيك  
الواسطة الا كيدة في التنقية بالتجوير فان هذا الجوهر ليس له خاصية  
مضادة للتعفن فقط بل له ايضا تأثير قاتل للواد النباتية الفطرية النامية  
وقد فضل ليبرت استعمال هذا الجوهر على حدته بدون اضافة جواهر أخرى  
اليه على جميع المركبات الموصى بها السابقة وهذا الجوهر وان كان ثميننا  
الا انه يوثق بتأثيره دون أغلب باقي الوسائط المنقية الاخرى بخسة الثمن  
ورائحته وان كانت تستمر مدة الا انه يعتاد عليها ويحتاج في تنقية مجرور  
المراحض العظيم مثلاً من ٢٠٠ الى ٢٥٠ جراماً منه محلولاً في ٣  
أو ٤ اترات من الماء ويصب في هذا المجرور كل يوم بواسطة نحو الشاشة  
ولاجل تنقية احد المراحض يستعمل كل يوم من ١٠٠ جرام الى ١٢٥  
ولتنقية احدى القصارى من ٣٠ الى ٥٠ جراماً وينبغي للاطباء الطلب  
من الحكومة بتعيين اما كن أو بيمارساتانات أو لازرئات خاصة بالمصابين  
بالاسهال المشكوك في طبيعته عند ورودهم من قطر متشرفيه هذا المرض  
الى قطر سليم وأخرى للمصابين بالهيضة الثقيلة مع تعيين خدمة بقدر كاف  
كما ينبغي أيضاً طلب تغذية الفقراء تغذية موافقة بتعيين مطابخ خاصة بذلك  
وكذلك ينبغي ايقاظ الاهالى مع الايضاح للخطر الذي هم عرضة له من  
الاهمال في أى اسهال ولو بسيط جداً وغير مؤلم وان أمكن ينبغي أيضاً

الطلب منها بتعين اما كن خاصة لسكنى باقى العائلات التى اشتد انتشار الوباء  
الهيضى فى منازلها

وأما الوسائط الصحية الخصوصية الواقية فهى عبارة عن إيحاء الأطباء  
من يكتوون منوطين بما جلت به بالأمور الاتية وهى الترحال من المدن  
المتسلط فيها الوباء الهيضى سيما من المنازل التى انضح فيها هذا الداء فانهم  
اذ ذاك يكونون عرضة للتسمم بالسّم الهيضى ولا سيما من يكون عندهم مقدرة  
على الاسفار البعيدة وينبغى ان أمر بذلك أولا المبادرة بالذهاب ثانيا  
التباعد عما يمكن ثالثا عدم الرجوع الى الاوطان قبل انطفاء الوباء بالكلية  
وأما المجبورون على المكث فى المحل المنتشرة فيه الهيضة فينبغى لهم اجتناب  
استعمال المراحيض الاجنبية ومن المستغرب عدم وجود هذه الوصية  
الانخيرة المهمة فى ضمن النصائح القائل بالتمسك بها كل من المعلم جرسجر  
وبيتسكوفر ووندرلش فى اثناء تسلط وباء الهيضة وانى اذا تصادف فى  
كتابة نصائح طبية من هذا القبيل لا بد وان اذكر فيها قبل التكلم على تنقية  
المراحيض بالتخير انه لا ينبغى الارتكان على نجاح التبخير بل يجتنب  
استعمال المراحيض المستعملة من آخرين ولو صار تنقيتها بالتخير بالدقة  
فان كثيرا من اباء العائلات من له مقدرة ورغبة فى جلب كرامى  
بقصر ياتهما لكل فرد من العائلة على حدة وكذا ينبغى للطبيب  
الا إيحاء بالتمسك بالتدبير الغذائى الموافق بمعنى انه يامر بمنع تعاطى  
ما يكون غير الهضم سيما المطعومات والمشروبات التى تحدث الاستعداد  
للاسهال على العموم وعند بعض الافراد ولا ينبغى تغيير نوع المعيشة  
جأة بل بالتدريج ويسمح باستعمال بعض الاشربة كالبيذلا سيما الاحر  
الجيد والبوزة التى بين بين لاحدثة التخمر ولا عتيقته ويتجنب الافراط  
فى أى نوع كان وينبغى للطبيب عدم الالتفات رأسا الى القول بعدم  
منفعة التمسك بالنصائح المذكورة والاعتراض بان كثيرا من المتمسكين  
بالتدبير الغذائى قد اصابوا دون غيرهم من لم يتمسك وان تنبه الاثخاص  
الذين يقبلون النصيحة بانه لا يعلم اى شخص مدة تسلط هذا الوباء ان كان  
مصابا بالسّم الهيضى المنتشر أم لا وان نوبة الهيضة المحتمل حصولها عند كل



انسان تصير ثقيلة للغاية متى اثر سبب مضر في القناة المعوية بخلاف العم  
 الهيمضي وبالجمله فن الجيد جدا ايضا الطبيب كل شخص منوط بمعالجته  
 بالمبادرة الى تدب طبيب متى اصاب بأدنى اسهال ويتوجه الى فراشه  
 ويتعاطى بعض قناجين من القهوة أو منقوع اوراق النعناع الساخن مع  
 اضافة بعض النقط المضادة للهيمضة الموصى باستعمالها في مثل هذه الاحوال  
 الى حين حضوره فانه لا شك ان التعريق الغزير قد يكون احيانا سببا في قطع  
 النوبة الهيمضية واقل ما هناك ان يشاهد في كل وباء هيمضي ان بعض  
 الاشخاص الذين حصل لهم اسهال شديد وحالة هبوط عظيمة وانقباض  
 عضلات سمانة الساقين بل وقئ متى استعمل معرقا قويا من منقوع فاتر  
 (كالقهوة مخروجة بقليل من الروم) مثلا حصل لهم الشفا عقب ذلك بأن  
 يحصل عندهم عرق غزير ثم يزول كل من الاسهال الذي كان يندفع به مواد لا  
 لون لها شبيهة بماء الارز والتي ايضا قد دلت التجارب على انه اذا صار انقطاع  
 العرق بسرعة لا يندر حصول نوبة هيمضة خفيفة فيكون حيثئذ من الجيد  
 ملازمة المريض لفراشه حتى تكتسب المواد البرازية شكلها الاعتيادي وأما  
 النقط المضادة للهيمضة المسماة في كل عصر باسم احدا الاطباء والاجزاجية  
 المشهورين جدا فانها تشتمل على صبغة الافيون مع اضافة بعض صبغات  
 اثرية غسبر ضرورية في حد ذاتها بل منقصة لفعل الاولى واستعمال هذه  
 النقط بدون اذن الطبيب لا مانع منه سيما وان الافيون اجود الوسائط في  
 قطع الاسهال الهيمضي خصوصا اذا كانت الاصابة حديثة واشهر هذه النقط  
 هي المسكوبية وهي مركبة من صبغة الوالريانا الاثرية ٨ جرام اعني  
 درهمين نبيذ عرق الذهب ٤ جرام اي درهم صبغة الافيون الزعفرانية  
 من ١ الى ٢ زيت النعناع الفلفلي نقطة ٥ يمزج الجميع ويعطى منه  
 كل ساعة أو اثنتين من ٢٠ نقطة الى ٢٥ ثم ان هذا التركيب كان تلقاه  
 عن اناردي الاجزاجي المشهور في سنة ١٨٦٦ وسماه باسمنا اذ ذاك (نقط  
 سالم بدلا عن النقط المسكوبية) وباع منه ما لا يحصى من الزجاج المملوء  
 وقد شكرني كثير من استعماله في الاحوال الحديثة لما رأى فيه من عظيم  
 المنفعة وقد تأيد ذلك بالمشاهدة الشخصية أيضا

وكأنه لم يمكننا الحصول على النجاح بالمعالجة الواقية على الدوام فكذلك  
 لا يتيسر لنا اتمام ما استدعيه دلالات المعالجة السببية والمرضية بعد ظهور  
 النوبة الهيضية فانه في كل وباء من الهيضة وان أوصى بعض العوام بل  
 والاطباء في انتهائه اعنى بعدمضى الصفة الخبيثة منه وشفائه بأدوية نوعية  
 ومدحها مدحاً زائدا لم يستمر هذا المدح في الوباء التالى زيادة عن  
 الاسبوعين الاولين بل يضيع هباء فيترك ولذا تركت جميع الجواهر  
 الدوائية التي اعتبرها بعضهم نوعية أوسرية في هذا المرض وصارت في حيز  
 الاهمال وذلك بخدور السنبل والسكر بوتري كلور اتس ونحو ذلك من الادوية  
 السرية كما انه يبعد على العقل قطع الذوبية الهيضية باستعمال كل من  
 الزئبق الحلو وتترات الفضة والسكينين والسكر يوزوت ونحو ذلك والحقن تحت  
 الجلد بالسكينين والاتيبرا واستنشاق هذا الجوهر الاخير فالذي ينبغي  
 الاعتناء به حينئذ في هذا المرض اتمام ما استدعيه دلالات المعالجة العرضية  
 وكما التفتنا الى الظواهر المرضية الاصلية المتعلقة بها باقى اعراض هذا  
 المرض وقاومناها بقوة كان النجاح أعظم وأتم ولقد عظم الخطاء في الوباء  
 السابقة الاول من هذا المرض بكون الاطباء جعلوا مطمع نظرهم اجراء  
 المعالجة العرضية الاتية وهي ارجاع الحرارة بواسطة الحمامات البخارية  
 أو باعطاء المرضى في دور الجليد منقوعات فاترة لاجل الحصول على هذه  
 الغاية مع منعهم بالكلية من استعمال الماء العذب القراح البارد وبأنه  
 في الهيضة الاختناقية كان يجتهد في استفراغ الدم بنحو الفصد العام فان  
 انحطاط الحرارة بالنسبة للظواهر الناتجة عن السم المرضي لا يظهر الا فيما  
 بعد والمنقوعات الحارة تسهل التي عن الباردة خصوصاً تعاطى الماء  
 بجرجات صغيرة وليس للفصد قدرة على زوال ضعف القلب وحركاته  
 المتعلقة بها تجمع الدم في المجموع الوريدي فالغاية الاولى من المعالجة  
 العرضية العقلية هي مضاربة الاصابة المعوية وبها يتم حينئذ إيقاف الحالة  
 التزلية المعوية الحادة جداً المصحوبة بافراز غزير مصلى آت من الاوعية  
 الشعرية للغشاء المخاطي المعوي فان هذا هو ينبوع جميع الاعراض والخطر  
 والغاية الثانية منها هي تعويض الفقد المائي (فانه لو أمكن احداث العرق



عند مريض مصاب بالهيضة الاسفكسية مع استمرار الارتشاح المعوي  
 الغزير لحصل له ضرر عظيم جدا بواسطة ازيد الفقد المائي (والغاية الثالثة  
 هي الاهتمام بمنع حصول شلل القلب المهتدد بالحصول والجوهر المستعمل  
 في الاصابات المعوية التزلية وبلاتيني اليسه بكثرة في مضاربة الاسهالات  
 هو الافيون ولا تتعرض هنا لتوجيه تأثيره بان كان مع ابطائه لحركات  
 المعاء هل يحدث تناقصا في افراز الغشاء المخاطي المعوي ويتقص الارتشاح  
 الغزير الا في من الاوعية الشعرية ام لا وعلى كل فاستعمال هذا الجوهر  
 بكثرة في الهيضة مبنى على نجاح تأثيره في معالجة الاسهال ولذا يكاد  
 اغلب اطباء ياتجهون الى استعمال هذا الجوهر الدوائي في جميع الاحوال  
 الحديثة التي تعرض لهم ولتحقق عندهم في كثير من الاحوال عدم  
 انقطاع الاسهال الهيفي بواسطة فاذك الا لكونه ثبت عندهم بواسطة  
 التجارب منفعته في الاسهال الهيفي ونحن نعتقد هذه الطريقة ايضا  
 ونقترحها فنستعمل كذلك الافيون في الاسهال الهيفي قبل استعمال  
 طريقة علاجية اخرى امكن ليس على حالة النقط المضادة للهيضة بل على  
 شكل مسحوق دوفراو الصبغة الافيونية مخروجة بصواعغ غروى بدون  
 اضافة جواهر اثرية اليه وهو الاجود فان كان المريض قد استعمل  
 الافيون بمقادير متكررة (اعني من ٠.٠٣ - ٠.٠٦ سنتجرام) الى ٠.٠٦ - ٠.٠٨ (اعني  
 من نصف قحمة الى قحمة) في بعض ساعات وحصل عن ذلك تحسین في حالة  
 الاسهال كان الاجود المداومة على استعماله بمقادير صغيرة جدا الى  
 ان يحصل اعتدال الطبيعة ويزول الافراز المعوي بالكلية واما ان استمر  
 الاسهال ولومع تكرار استعمال الافيون او حصل فيه تناقل وزاد انحطاط  
 المريض وبرد جلده وزال تلون المواد البرازية بالكلية كان التمدد على  
 استعماله غير جيد بخلاف الوضعيات الباردة على البطن مع سرعة التغير  
 واعطاء الزئبق الحلو بمقدار صغير كل ساعة اعني ٠.٠٦ - ٠.٠٨ سنتجرام (اي قحمة)  
 فقد تحصل منها على نجاح عظيم وطريقة هذه التي ذكرتها في رسالة في المعالجة  
 العرضية للهيضة سنة ١٨٤٨ قدمدها الشهير فيفر سنة ١٨٥٤.  
 وذكر انها اجود الطرق عند ما تبط في هذه السنة بتعليمات طبية لاطباء

بلاد الباورا عند قرب انتشار هذا المرض في تلك البلاد واما استعمال ترات  
الفضة من الباطن بدلا عن الزئبق الحلو فلم يجد نفعاً مع اني كنت اظن جودة  
تأثيره عقلاً واما الغاية الثانية التي يقصدها تعويض الفقد المائي الذي  
اعتري الدم بادخال الماء فاسهل ما يتحصل عليه يكون باعطاء المر يض قطعاً  
صغيرة من الثلج في أزمنة متقاربة من بعضها أو الجرع المغازية المبردة أو ماء  
الصود المبرد واما اعطاء كمية عظيمة من السوائل سيما المشروبات العطرية  
الفاترة فانها تنفذ بالقى ثانياً ومهما كان فلا بد وان مكابدة المصابين  
بالهيضة تناقصت تناقصاً عظيماً من منسأ اعطائهم الماء البارد للشرب  
وابطال العادة بعدم استعمال المشروبات بالكلية أو نهاية ما هناك  
عدم استعمال المنسقوعات الفاترة ولومع مكابدة العطش الشديد ثم انه  
بزوال شلل القلب وانه طاع الافراز من الاوعية الشعرية المعوية ورجوع  
قل الامتصاص المعدي المعوي تعود الدورة بسرعة الى حالتها الطبيعية بل  
ان فعل القلب الذي يكون ضعيفاً جداً في الدور الجليدي من الهيضة يعود  
الى قوته الطبيعية او ازيد منها بعد قليل من الساعات ولولم تستعمل الوسائط  
العلاجية المنبهة لكان لا يستخرج من ذلك ان استعمال الوسائط المنبهة  
العلاجية (الذي كان يقتصر عليه في الاولية السابقة) ليس مهماً في معالجة  
الهيضة ولا لزوم له بل انه ضروري جداً متى صغر النبض وحصل للمرضى  
هبوط واضح فتستعمل الجواهر الدوائية المنبهة زمناً قزماً لاجل حفظ  
القلب من الوقوع في الشال التام الى حين انحطاط التغيير المرضي الحاد  
للأمعاء واجود المنبهات استعمالاً هو نبيذ الشميانا المبرد بواسطة الجليد  
فانه مع تنبيهه للجموع العصبي لا يؤثر تأثيراً مهيجاً في الغشاء المخاطي للعدة  
والامعاء ولذا يفضل على غيره من الجواهر المنبهة سيما الزيوت العطرية  
وكبريونات النوشادر وغيرها من الجواهر المنبهة والاوفق للفقراء  
في الطب العملي استعمال الروم او العس في مخففاً بالماء واحياناً يكون من  
الجليد جداً استعمال قطع الجليد زمناً قزماً ببعض فجاجين من القهوة  
او الشاي او زهر الزرفون او البابونج او النعناع مع روح النوشادر الينسوني  
او بعض نطف من صبة المسك فهي وان حصل قيمتها في مثل هذه الاحوال



الا انه كثير اما يحصل في اثناء تعاطيها او بعد خالاً قوّة في النبض وارتفاع في درجة حرارة سطح الجسم الظاهر واما زوال كل من القي والاسهال مع استمرار الظواهر الاسفكسية فانه يدل على ان المرض في هذه الحالة ناشئ عن شلل الطبقة العضلية المعوية لاعن انقطاع الافراز المعوي وحينئذ يلزم استعمال المعالجة المنبهة ورجوع كل من القي والاسهال دليل على جودة تأثيرها واما الانقباضات العضلية المؤلمة ففيها ينجم ذلك بروح الخردل فان ذلك بما ذكر من الوسائط المسكنة الجيدة واما وضع اللبخ الخردلية الكثيرة الاستعمال فينبغي التحذير منه لما شاهدناه كثيراً من كونه ينشأ عنه التمرّات شديدة جداً مؤلمة للغاية تستمر جملة أيام مدة النقاهة وذلك لامر ين احدهما ان المرضى لا تشكى بألم محرق ولو طال وضع اللبخ مهتماً طال ثانيهما ان أهل المريض لذهولهم وشدة اضطرابهم بما هو حاصل للمريض ربما تركوا هذه اللبخ موضوعة زيادة عن نصف يوم وكذا يستعمل في مضاربة هذا العرض ذلك بالكافور وفورم او الحقن بالمرفين تحت الجلد ان احتيج لذلك والاطراف الباردة تاف بملاّت معضنة وتحمّط بزجاجات ممتلئة بالماء الساخن او انهما بذلك بالجليد لاجل تحريض رد الفعل وزيادة عن ذلك فقد استعمل الحقن بالماء في الاوردة لاجل مضاربة تكاثف الدم بل نقل الدم في الاحوال الضعيفة جداً وهذه الوسائط وان حصل منها نجاح عظيم في بعض الاحوال الميئوس منها الا انها لم تنقص عدد اهلها لكن بالهيضة على العموم ومن المعسوم انه لا ينبغي اعطاء المرضى اغذية حال اصابتهم بالنوبة الهيضية وكذا يجتنب في اعطاء ذلك بعد زوال النوبة وحصول رد الفعل بحيث لا يسمع لهم الا بقليل من اللبن المخفف او الامراق لاجل صون الغشاء المخاطي المعوي المريض (العاري عن البشرة) من التهيج فلا يعطى لهم اغذية صلبة مقوية الا بعد ظهور تبرز عجبي او متشكل وعدم التمسك بمثل هذه الاحتراسات كثيراً ما ينتج عنه خطر عظيم

واما معالجة دور رد الفعل لاسيما معالجة العوارض التابعة للهيضة المعبر عنها بالنيفويد الهيضي فلا يمكن ربط طرق عامة لها فان الطريقة العلاجية في كل حالة تنبني على معرفة الظواهر المرضية والعادة القديمة من استعمال

الفصل العام لاجل مقاومة ظواهر رد الفعل الشديد قد رفضت الآن بالسلبية  
وعند وجود اعراض الاحتقان التواردي نحو الدماغ ينبغي وضع مكمدات  
جديدة على الرأس مع ارسال العلق خلف الاذنين ومع ذلك ينبغي  
الاحتراز من اختلاط الاستسقاء الدماغى الكاذب الذى كثيرا ما يعقب  
نوبة الهبضة عند الاطفال بالاحتقان الدماغى والاوذىما الدماغية  
وان كانت الظواهر المرضية الثقيلة الواصفة للتيفويد الهبضى متعلقة  
بالسهم البولى وجب ايضا استعمال المعالجة السابقة ولو قل منها عشم  
النجاح وان اعقبت نوبة الهبضة بحمى ضعيفة مصحوبة بظواهر تيفوسية  
مع انتفاخ البطن وتاليه وحصل اسهال من مواد مائعة متألوة صكرية  
الرائحة زمنافز مناوجب تغطية البطن بضمادات فاترة مع اعطاء المريض  
مقادير صغيرة من الزئبق المحلوم الاقيون وكذا ينبغي ملاحظة الالتهابات  
التي تظهر في الاعضاء المختلفة عقب زوال النوبة الهبضية ومعالجتها مع  
مراعاة حالة ضعف قوى المريض

### المبحث السابع عشر فى الدوسنتاريا

( كيفية الظهور والاسباب ) \*

التغير الالتهابى للمعاء الغليظ المعبر عنه بالدوسنتاريا يظهر اما على صفة  
مرض وبائى او وطنى او على الحالة الافرادية فاما الدوسنتاريا الوبائية  
الوطنية فينبغى اعتبارها مرضا تسمميا وتتميز عن التيفوس وغیره من  
الامراض التسممية الانتشارية بكون التسمم بالسم الدوسنتارى لا يحدث  
تغيرات تشرىحية مدركة الا فى القناة المعوية والتغيرات التى تحصل فى غير  
هذا العضو من الاعضاء والدم فى اثناء سير هذا المرض والحى التى تصطحبه  
تكون ظواهر ثانوية متعلقة بالاصابة المعوية وحيث قد لا دوسنتاريا تقرب  
بالكابة من الهبضة التى فيها تبع لراى ( غنابر ) يحدث التسمم ابتداء  
اصابة مرضية واضحة فى الغشاء المخاطى المعوى ثم تغيرات تابعة لذلك  
فى الدم والدورة وحالة تغذية الاعضاء المختلفة ومن المعلوم ان الاصابة  
المعوية فى ادوسنتاريا بخلاف ما يحصل فى الهبضة وتبع لذلك يكون تأثير  
الدوسنتاريا على الدم مخالفا لتأثير الهبضة



والسم الدوسنتاري وان كان لا يمكن اثبات كونه جوهرًا لياحيًا اثباتًا  
لاواسطيا كما ذكرناه في اغلب الامراض التعممية لكن الادلة التي ذكرناها  
مرارًا عند الكلام على التيفوس والهيبضة تلجئنا لاعتبار الدوسنتاريا  
مرضًا تسمميًا ناشئًا عن تسمم الجسم بجسيمات نباتية دنيئة مخصوصة  
ولذا يجوز تسميتها بالجرثومة الدوسنتارية كما نكمناع على الجرثومة  
التيفوسية والهيبضية وأما بالنسبة للاخبط الفطرية والميكروكوسن التي  
شاهدناها كثير من المؤلفين في الغشاء المخاطي المريض في المشكوك فيه  
ان لها اهمية سببية رئيسة في هذا المرض

والدوسنتاريا الوبائية تنشأ عن الميازما ولولم يكن ذلك على الدوام كما سيأتي  
وبعبارة أخرى جرثومة الدوسنتاريا تتكون خارج الجسم الانساني وتصل  
اليه اما بواسطة الهواء المستنشق أو بالماء الممروب والشروط المساعدة على  
نجاح الجرثومة الدوسنتارية وتكاثرها الى اهمها ارتفاع الحرارة ودرجة  
مخصوصة من الرطوبة الجوية توجد في المناطق الحارة جدا والفت الحارة  
ففيها تسلطن الدوسنتاريا في بقاع متسعة تسلطنها وطنيا وهي والحميات  
لاجامية المختلفة تكون فيها الاصابات المرضية المتسلطنة (ولا يخفى ان  
بقاعا عديدة من الاقطار السودانية والمصرية وغيرها من البلاد المشرقية  
من هذا القبيل) وفي اوربا تبعا لاجتثاث هرش الممول عليها لا توجد لامور  
المساعدة على نجاح الجرثومة الدوسنتارية بكيفية تامة مستمرة الا في  
الامتدادات الجنوبية لمتصل اوربا والجزائر المتعلقة بها حتى ان المرض  
يشاهد فيها متسلطنا تسلطنها وطنيا بل وفي جميع اوربا نفسها قد تسلطن في  
اخر الصيف الشروط المعينة على نجاح وتكاثر الجرثومة الدوسنتارية  
الوطنية فتظهر فيها ظهورا وبائيا لكن الامر المعلوم من ان الدوسنتاريا  
لا تسلطن تسلطنها وطنيا او باثيا في الاقطار التي توجد فيها حرارة مرتفعة  
ورطوبة عظيمة وجودا وقتيا ومستمرا ياجئنا الاول بان هذه الشروط  
ليست هي الوحيدة المتعلقة بنجاح الجرثومة الدوسنتارية وبعبارة أخرى  
ان الجرثومة الدوسنتارية لا توجد على الدوام في البقاع الموجد فيها  
الشروط المعينة على نجاحها وتسلطن الدوسنتاريا على الحالة الوبائية

او الوطنية مع الحيات الاجامية في آن واحد وان كان كثيرا جدا نبيعا  
لابحاث هرش المستجدة لان ذلك ليس دائما فان الدوسنطاريا قد توجد  
في اقاليم لا توجد فيها الشروط المساعدة على تكون السم الاجامى  
والدوسنطاريا توجد بكثرة في الاودية اكثر من المدن العظيمة

وقد عد من اسباب الدوسنطاريا أيضا تأثير البرد وابتلال الجسم والمشاق  
العظيمة وتعاطى الاثمار الفجة ويكثر المواد السفالية زمنا طويلا في المعاش  
ونحو ذلك ولا ينكر ان الاشخاص الذين يتعرضون لمثل تلك المؤثرات المضرة  
يصابون بالدوسنطاريا اكثر من غيرهم ومع ذلك فالتميم بالسم النوعى هو  
السبب الوحيد الذي ليس للدوسنطاريا الوبائية فتأثير تلك الاسباب المضرة  
لا يعتبر بالنسبة للدوسنطاريا الالهية او معينة على سهولة تأثير السبب  
الاصلى لهذا المرض

وزيادة عن المنشأ الميازى للدوسنطاريا الوبائية لابد وان يكون لهذا المرض  
خاصية معدية ولو كانت غير واضحة على الدوام ويشترط لها بعض امور فانه  
مما لا يندر مشاهدته ان قاعات المرضى الموجود بها اشخاص مصابة  
بالدوسنطاريا يصاب فيها اشخاص اخرى ولا سيما التي اسرتها بجوار امرة  
المرضى المصابة بهذا المرض ومع ذلك يظهر من القريب للعقل ان سبب  
العدوى بالدوسنطارية كما يحصل في التيفوس والهيضة من الفضلات  
الخارجية من المرضى او آواني تلك الفضلات او القطع الاسفنجية او اقام  
الحق او اغطية الفراش التي تلوث بترك المواد الفضلية ونحو ذلك لا من  
نفس المرضى

والدوسنطاريا لا تحصل على الدوام بتأثير الميازما او الاصل المعدى بل ان  
الاسباب التي ذكرنا انها في الدوسنطاريا الميازمية تعتبر امورا مساعدة  
على ظهورها قد تكون في بعض الاحوال هي المحدثات لهذا المرض في حد  
ذاتها لاسبابها اثرن بالاجتماع مع بعضها في آن واحد كالتأثير الحرارة  
الشديدة والتباعد عن التدبير الغذائى الصحى وتعاطى الاثمار الفجة  
وتنبيج المي بواسطة المواد الثقيلة المتراكمة فيها وتأثير البرد على البطن  
وبالجملة فلا يندر ان تشاهد الدوسنطاريا كمرض تابعى لامراض اخرى



كالا مراض التسممية الثقيلة والتيفوس والمهضة والجذبات الطفحية وداء  
بريكت مع فساد البولينا وتكون نوشارى فى المعاء ونحو ذلك  
والدوسنتاريا تشاهد فى النوعين جميع اطوار الحياة على حدسوا بل عند  
الاطفال الحديث السن ويكثر اصابة الضعفاء البنية بهذا المرض ولذا انه  
متى تسلطن فى مارستان او فى قاعة من قاعاته يكون خطره من دوجا والاصابة  
بالدوسنتاريا لا تزال الاستعداد لاصابة بهامسة ثانية

### الصفات التشريحية

التغيرات التشريحية فى الغشاء المخاطى المعوى التى توجد فى الدوسنتاريا  
تسكاد تكون قاصرة على المعاء الغليظ وقد تكون ممتدة الى الجزء السفلى  
من الاقاييف وعلى حسب درجة هذا المرض والدور الذى حصل قبل الموت  
تظهر هذه التغيرات اختلافات عديدة فى النسبة لدرجة هذا المرض فالعادة  
ان يميز له شكلان شكل تلى وشكل دتسيري كما جرى على ذلك ورجوف  
لكن ينبه على ان هذين الشكلين لا يكونان مميزين عن بعضهما بالكلية  
فان هناك احوال مرضية عديدة يوجد فيها اشكال متعددة بين  
هذين الشكلين

فاما الشكل التلى او المصل القصى المطابق للدوسنتاريا الجيدة فيتصف  
باحترقان عظيم فى الغشاء المخاطى والمنسوج الحشاوى اسفل منه يقع  
اواثر طعمرة داسكنة او تزيينية ويعقب ذلك فيما بعد انتفاخ عظيم  
او ذيمماوى وبروزى كلا هذين المنسوجين بل تشترك معهما فى تلك الطبقة  
العضلية ايضا ومتى وصل هذا الشكل الى ارقى درجة حصل ارتشاح غزير  
فى الغشاء المخاطى باخلية قصبية بحيث ان جوهره يتر به لين وتنفصل منه  
جزئتان هغيرة او عظيمة وحينئذ تتعري الطبقة العضلية او الخلوية السكائنة  
اسفل منها وفى العادة يوجد بين هذه الاجزاء المتقرصة المتمسكة ببعض اجزاء  
فيها لا يكون التسغير الالتهابى كثير الشدة بحيث ان الغشاء المخاطى الذى لم  
يعستره اليرى بقى محفوظا على شكل جزائر بمسنى اجزاء سليمة بينها وكذا  
الاجرية الغدرية تشترك معها فى الالتهاب واحيانا تكون اصابتها واضحة  
جدا بحيث انها تنفصل بالتقيح من المنسوج المحيط بها وتنقذ وحينئذ

يشاهد في اصفار متعدة انبعاثات صغيرة كحب الشهد انجح اوقصات  
 مستديرة متفرحة تمتد تحت المنسوج الخاوي الى الغشاء المخاطي (وهذا  
 ما يسمى بالقروح الجراية) وان امتد النقيح الى المنسوج الخاوي تحت  
 الغشاء المخاطي تعري هذا الغشاء من محل القصات المتفرحة في امتداد  
 عظيم وينفصل عما تحته بحيث متى وضع المبراسفل تلك الطبقة امكن نفوذه  
 من فحة الى اخرى وبذلك يتوكل الغشاء المخاطي ويتنكرز وحينئذ تستعمل  
 القصات المتفرحة الصغيرة العديدة الى سطح متفرح متسع باختلاطها  
 ببعضها ومن النادر ان يمتد التقرح الجراي من خلال الطبقة العضلية  
 الى الطبقة المصلية فيكون سببا في التنقب المعوي والمجلس الرئيس لهذا  
 الشكل من التقرح الجراي المصفاوي هو الماء الغليظ النازل ولا سيما  
 المستقيم وشفاء كل من تقرح الغشاء المخاطي المعوي الممتد والتقرح الجراي  
 العظيم عسر جدا واما ان كان التقرح غير عميق وقاصرا على اجزاء قليلة فن  
 الجائر التئامه وشفائه

واما الشكل الثقيل من الدوسنطاريا فهو الذي فيه لا يكون الغشاء المخاطي  
 مرتشعا بمواد مصلية قيحية بل يظهر كونا من مواد دموية وليقية منعقدة  
 ومنثقة انتفاخا عظيما وهذا التغير المرضي يصيب بالاكثر الشنيات  
 المستعرضة البارزة الفاصلة للمسافات الغائرة الكائنة بينها فتكون جميع  
 الاجزاء البارزة من الغشاء المخاطي حينئذ ذات لون سنجابي وسخ ولونها  
 متغيرا فكانما مسست الاجزاء المرتفعة من الغشاء المخاطي بجوهر كاوي من  
 عليها بسرعة والاجزاء الغائرة من الغشاء المخاطي التي بقيت سليمة تختلف  
 حينئذ عن الاجزاء البارزة المنثقة بمتغيرة اللون وحينئذ تكتسب هيئة  
 الغشاء المخاطي هيئة مشابهة لرسم خريطة الجبال على الورق وهذه الحوايات  
 تكتسب بارتشاحها بالصفر او ناعمرا او مخضرا او ان الدم المتخلل بها  
 يكتسب اللون ناعمرا او سودا والارتشاح الدقيق يمتد شدة وامتدادا على  
 حسب الاحوال فقد يكون قاصرا على سطح الغشاء المخاطي او غائرا في  
 جوهره وقد يكون قاصرا على بعض اصفار محدودة من هذا الغشاء او ممتدا  
 على جميع الغشاء المخاطي للماء الغليظ وفي العادة تكون الاصابة الموضعية



منصفة بالكيفية الآتية وهي ان التغيرات تأخذ في التناقص بالنسبة لشدةها  
وامتدادها من اسفل الى اعلى بحيث تكون قليلة الوضوح في الجزء السفلي  
من اللفائف وكثيرة الوضوح جدا في المحال التي تتراكم فيها المواد الثقيلة  
بسهولة أعني في الاعور وفي محل تقوس القولون أعني الانحناء الكبدي أو  
الطجالي أو الحرقفي بخلاف باقي الاجزاء من القولون فانها لا تظهر الا تغيرات  
دوسنطارية نزلية ثم يحصل فيما بعد تنكسر في الاجزاء المر تشحمة فتتكون  
قروح كثيرا ما يوجد في قاعها طبقة دفتيرية وقد يعتد التهنك في الاحوال  
الاستثنائية الى جميع تلك المعاء بحيث يحصل فيه التشعب وفي بعض  
الاحوال قد يقتصر التغير الدفتيري على الاجزاء البارزة من الاجربة  
المنتفخة وحينئذ يكتسب هذا التغير الدفتيري الجزئي شكلا مشابها لما  
شرحناه في الشكل التزلي الجرابي وفي الدرجات الشديدة لهذا المرض قد  
يؤدي التغير الدفتيري موت سريع في الغشاء المخاطي المعوي بحيث يفصل  
على هيئة اهداب عظيمة مسودة كثيرا ما تبقى معلقة بجدار المعاء زمنا  
طويلا (وهذا ما يسمى بالدوسنطاريا الغنرينية) والطبقة الظاهرة المصلية  
من جزء المعاء المصاب بالدوسنطاريا يظهر في الاحوال الشديدة من هذا  
المرض في درجة احتقان متفاوت الشدة او مغلى ينضج التهابي ابيض أو قهبي  
والعدد المعوية القريبة من جزء المعاء المريض تكون في حالة احتقان متعاون  
الدرجة منتفخة مسترخية ويندر ان يوجد فيها خراجات او بورات متكررة  
وكل من المعدة والجزء العلوي من المعاء قد لا يظهر فيه تغيرات وظواهر نزلية  
خفيفة فقط ويكون الكبد في حالة احتقان واما في احوال الدوسنطاريا  
الحبيثة في البلاد الحارة ويندر في بعض الاحوال الثقيلة في اوربا فانه يكون  
محسنا لالتهابات قحبية توجه بسهولة يكون الاوردة المعوية توصل الى هذا  
العضو من الجزء المعوي المريض سدا بسيارة قحبية (ولذا كثيرا ما يشاهد  
في قطرنا هذا خراج الكبد عقب الدوسنطاريا ويكون ينبوعه سديا)  
والطحال يظهر غالبا صغيرا لحم وفي الاحوال التي تمتد جدا من هذا المرض  
يحصل احيانا في الكليتين التهابات جوهرية او تقصات انتقالية في المنسوج  
الخلاوي تحت الجلد والغدد النكفية او التامورا والبلبورا

فان لم يطرأ الموت والمرض في شدة درجته فاما ان ينطفي هذا التغير المرضي  
 الدفسي اويخلقه التهاب من من تقرحي (وهذا ما يسمى بالدوسنطاريا  
 الزمنة) وكثيرا ما يهلك منه عدد عظيم من المرضى في الحالة الاولى تقرب  
 حوافي فقد الجواهر من بعضها بواسطة تولد جواهر تدبى يتكون في قاع  
 القرحة ويجذب حوافها لبعضها وحينئذ تطرأ حالة كالتي تحصل عند شفاء  
 القروح المعديّة وذلك اما ان يحصل تضايق معوى اويبقى قطر المعاء على  
 حالته وان كان فقد الجواهر عظيم اجساد المعاء من الباطن في اصفار  
 ممتدة من سطحه الباطن غير غطى بغشاء مخاطي بل بجواهر تدبى  
 يجمعت في هذا الجواهر يكون على حسب قول روكتنسكي شبه الجمة او اشرطة  
 ليفية تبرز في باطن المعاء على هيئة حواجز وتتصلب مع بعضها اجلة صرار  
 ولا سيما قد تكون صمامات او ثنيات حلقية بارزة في باطن المعاء وبذلك  
 يحصل في السطح الباطن من المعاء الغليظ تضايق مخصوص واما في الحالة  
 الثانية التي فيها يكتب هذا المرض سيرا من منا ولا يكون له ميل للشفاء  
 يستحيل فقد الجواهر الى قروح متمسكة او انه يظهر زيادة من ذلك في باطن  
 المعاء نفس التغيرات التي مر حناها بلفظ التقرحات الجرايية بمعنى انه  
 يتكون في الغشاء المخاطي المتسكاثف اليجمعتي قروح مستديرة في الابتداء  
 ثم تتعري فيما بعد وقد يظهر في المنسوج الخلوي تحت الغشاء المخاطي  
 خراجات او قروح ناصورية فتنتقب الطبقة العضلية فيما بعد وتؤدي  
 اما لالتهاب يرتوني اولتكون خراجات في محيط المستقيم

### في الاعراض والسير

الهجوم الحقيقي لهذا المرض قد يسبق احيانا ببعض ايام بطواهر سابقة  
 وهي عبارة عن اضطراب غير محدود في حالة الصحة العامة مع عدم انتظام  
 في الهضم سيما فقد الشهية والعطش ومغص خفيف وميل للاسهال  
 ويندر ان يكون هذا المرض مبيد انوية قشورية قوية بل ولا خفيفة  
 ولا غيرها من الظواهر الحمية بل في الغالب تبدى الدوسنطاريا باسهال  
 خفيف في الظاهر تنفذ فيه مواد ثقيلة غير متغيرة اللون ويسبق ذلك بالام  
 مغصية خفيفة تصطبب هذه الالام بزحير خفيف غير مدرك لكن كلما



تكرر الاسهال اشتد المغص وصار مستمرا (وهذا هو المبر عنه بالمغص  
البطني) وهذا المغص قبل كل تبرز يرتقي الى درجة غير مطاقة قبل  
حصوله بقليل والتبرز نفسه يكون مصحوبا بالام ضاغطة غير مطاقة  
في المستقيم (وهو الزحير) وينضم لذلك غالبا زحير بولي ثم انه لا ينقذف  
ولو مع وجود هذا الزحير والحزق المؤلمين الا كمية قليلة من مواد غير ثقيلة  
بل مخاطية منجارية اللون (وهي الدوسنطاريا البيضاء) او مخاطية  
مدممة (وهي الدوسنطاريا الحمراء) وقد ينقذف في بعض الاحوال  
زمنافز منامع المواد المخاطية فقط او المخاطية المدممة. واد ثقلية كرية  
صلبة والتكرر السريع للتبرز الذي يكون مكوّناتارة من مواد مخاطية ثقيلة  
مع قليل من الاخلية المستديرة والاهداب البشرية (وهو التبرز المخاطي)  
وتارة من مواد صلبة زلاية مع كثير من الجسيمات القلبية (وهو التبرز  
القبيضي) ويكون مختلفا تارة بقليل من الدم وتارة بكثير منه جدا حتى يكاد  
يكون دمويا بالسكابة بدون اختلاط بمواد ثقيلة بالسكابة هو العلامة  
الرئيسة للدوسنطاريا وأما القبيبات المخاطية الشبيهة بحبيبات الساجو  
أو بيض الضفادع التي توجد أحيانا في البراز الدوسنطاري واعتبرت  
متحصلا آتيا من اجربة متمزقة وعلامة واضحة دالة حينئذ على  
الدوسنطاريا الجرابية فانها تكون بالكيفية الآتية وذلك ان المواد  
المخاطية المنفرزة بانضغاطها تدخل في التجاويف الصغيرة التي حلت محل  
الاجربة المنقذقة ثم تخرج منها وتندفع مع متحصل المعاء ثم ان المريض يحس  
براحة عقب التبرز حالا فلا يحس بالآلام الا اذا ضغط على البطن بقوة سيما  
على قسم القولون العظيم لكن عاقليل من الدقائق تعود آلام البطن ثانيا  
وبتردها يتكرر الزحير ايضا ولا يستفرغ ثانيا الا كمية قليلة من مواد  
دوسنطارية عديدة الرائحة ومن الجائز ان يتكرر ذلك من ٢٠ الى ٣٠ مرة  
في ٢٤ ساعة وفي اثناء سير هذا المرض تطرأ عادة ظواهر حرجية ولو لم تكن  
موجودة من الابتداء وعندما تكون شدة الاصابة الموية متوسطة تكون  
الحى متوسطة الدرجة أيضا وأما في احوال الدوسنطاريا الشديدة المؤلمة  
المدممة أيضا بالدوسنطاريا الاتهابية يمكن ان ترتقي درجة الحى ارتقاء

عظيما حتى تصل الى درجة . ٤ بل وفي الدرجات الخفيفة من الدوسنطاريا  
ذات الحى الخفيفة تقع المرضى في ضعف عظيم بسبب فقد المواد الزلاية  
والآلام وفقد النوم مع قلة تعاطى المواد الغذائية فتصير هيشما باهتة  
والنبض الذى كان ابتداء ممتلئا يصير صغيرا وتغير اخلاق المرضى وتخط  
قواهم بالكلية وأما فى الاحوال الثقيلة الدرجة من الدوسنطاريا فان التبرز  
يتكرر فى مسافات قليلة ويكاد المغص لا يخط بالكلية بل ويرتقى زمنا فزمنا  
الى درجة غير مطاقه والبطن الذى لا يكون منتفخا عادة ولا متغيرا فى شكله  
يكون شديد الحساسية فى بعض الاصغار الموازية لسير القولون ولو باقل ضغط  
وفى كثير من الاحوال يمكن العثور بالجلس على القولون المنتفخ الكثير  
المقاومة وكذا الزحير يكون مستمرا وكثيرا لالم عما فى الدرجة الخفيفة لهذا  
المرض والمواد البرازية تحتوى على كثير من دم وندف واهـ داب من مواد  
مخاطية وفى كثير من الاحوال ينقذف دم نقي بكية عظيمة جدا والنبض  
فى الايام الاول يكون مر بعامتلا ومرتعة تصل عند تقدم السير الى درجة  
عظيمة جدا وأما امتلاؤه فيتناقص بسرعة وينضم لذلك اضطراب عموى  
عظيم مع فقد تام فى الشهية وجفاف فى اللسان وانحطاط عظيم فى القوى  
ثم ان كان سير هذا المرض جيدا تتناقص مكابدات المرضى تدريجا بعد ٧ ايام  
أو ٨ والفترات بين نوب التبرز تصير أكثر طولا والمواد البرازية تكتسب  
نايالا وناممرا ورائحة ثقيلة والمواد البشرية والنضجية المختلطة بها وكذا  
الدموية تتناقص ايضا ويرتفع النبض ويترطب اللسان ومع ذلك فالنفاهة من  
هذا المرض تكون طويلة جدا فانه يمضى على المرضى ولو فى الاحوال الجيدة  
جلاء سابغ حتى تعود الى قواها وأما اذا كان انتهاء المرض محزنا فان النبض  
يصير أكثر صغرا والانحطاط يزداد والتشكى بالآلام والزحير ينقطع والمواد  
البرازية تسيل بدون ارادة والمرضى يهلك كما فى غير هذا المرض من  
الامراض المنهكة بظواهر ضعف القلب المتزايد شيئا فشيئا واما ان  
انتقل هذا المرض من الشكل الحاد الى الشكل المزمن وهو امر كثير الوقوع  
فى اغلب احوال الدوسنطاريا بالثقيلة فان الحالة العامة للمريض تتحسن  
والمواد البرازية تصير ثقيلة لكنها توجد زمنا فزمنا مختلطة بقيح أو دم



والالام المعصية لا تزول بالسكاينة والمرضى لا تعود لها قواها بل ان كلام من  
 النحاقة وضعف القوى يزداد وتطراظوا هراسته سقائية والمرضى تهلك في  
 حالة النهوكة او قبل تمامها بطروا مرض اخرى كالاتهاب السكاوى التابعى  
 او الرئوى او البريتونى التثقيبى او الكبدى السدى وفى الاحوال الحميدة  
 يمكن ان تنتهى الدوسنطاريا بالشفاء ومع ذلك فان المرضى فى مثل  
 هذه الاحوال تكون عرضة لخطر جديد فمثلا ان شفى تفرح الغشاء  
 المخاطى المعوى واخلفه تضايق ندبى اعقب الدوسنطاريا المزمنة وشفاءها  
 تضايق معوى واضح جدا فالمرضى يعترهم طول عمرهم امساك اعتيادى  
 او عرض من اعراض تضايق المعاء وانسداده كما مر حنا ذلك فى محله  
 فانه عند البحث بالدقة على الامور السببية عند وجود مرض معوى من من  
 مستعص **ك**ثير اما ترى ان ذلك يختلف عن دوسنطاريا ثقيلة شفىت من  
 منذ سنين

وفى الشكل الدقيرى من الدوسنطاريا المسماة بالعقنة وبالصدىدية  
 تكتسب المواد البرازية بعد الصفة التى ذكرناها فيما تقدم لونا متغيرا احر  
 ممر او مسودا ورائحة رمية شبيها فشيئا فبوجود احيانا مع بقايا الغشاء  
 المخاطى المتسكرا زاهدا ب مسودة غنغرينية من الغشاء المخاطى والنبض  
 يصير بسرعة صغيرة متواترا جدا وسطح الجسم سيما الاطراف يصير باردا  
 وسيانوزيا احيانا وينطفى الصوت ولا يندران ينضم لذلك انقباضات عضلية  
 مؤلمة وضجر عظيم ويقل افراز البول والبراز يخرج من الاست المنشل بدون  
 ارادة ويطرأ الموت فى الاسبوع الثانى مع انطفاء النبض وظهور عرق بارد  
 وهذه الاشكال الثقيلة من الدوسنطاريا لا تحصل فى بلادنا (أى اوربا)  
 الا فى بعض الاويية واما حصولها فى البلاد الحارة فكثيرا ما يوجد فيها  
 مع الدوسنطاريا اصابة **ك**بدية تنتهى بالتقيح وهذا الاتهاب التقيحى  
 الكبدى اما ان يكون نتيجة السدد السبارة نحو الكبد او التهابه التقيحى  
 الحاصل مع الدوسنطاريا او قبلها وانذار الدوسنطاريا يختلف على حسب  
 الاحوال المتسلطنة فالمرضى بهذا المرض فى البلاد الحارة يكون كثيرا جدا  
 فيصل من العشر بن الى الثلاثين فى المائة واما فى البلاد الباردة فيندر أن

يصل الى هذه الدرجة والموت لا يزيد عن ٧ الى ١٥ في المائة وفي العادة يكون سير وباء الدوسنتاريا جيدا متى كان هذا المرض على شكل الدوسنتاريا النزلية او القيحية المصلية والاحوال الافرادية من الدوسنتاريا يكون انذارها جيدا في الغالب والصفة العفنة للبرازية واختلاطها ببقايا الغشاء المخاطي المتغنغراواهداب منه تدل على ان الدوسنتاريا من طبيعة دقتيرية غنغرينية وحيثئذ يكون انذارها خبيثا وكذا خروج كمية عظيمة من الدم والانحطاط العظيم وتغير المعدة والقى الذي به ماته مذر التغذية تصير الانذار غير جيد والاشخاص الضعفاء البنية والمرضى والرضع والشيوخ تكون عرضة لخطر عظيم أكثر من الاقوياء الاصحاء والشبان

### المعالجة

أما المعالجة الواقية من الدوسنتاريا فانها تستدعي ابتداء تباعد الاسباب التي تعين على تكون السم الدوسنتاري وازدياده تبعا للتجارب المعلومة لنا الآن والوسائط التي يمكن بها الحصول على هذه الغاية تستنتج من الامور التي ذكرناها في المعالجة الواقية لكل من التيفوس والهيضة وحيث ان المواد البرازية هي على غلبة الظن الحاملة للسم الدوسنتاري المتولد في الجسم المريض فالمعالجة الواقية تستدعي على الخصوص منع الاشخاص السليمين من استعمال فحوا القصارى والمراحيض وافهام الحقن وغير ذلك من الآلات التي استعملتها المرضى المصابة بهذا المرض او اقله يصير تنظيفها بواسطة الماء المغلي وكذا عدم صب المواد البرازية المنقذفة من المرضى في المراحيض العمومية وبالجمله تستدعي المعالجة الواقية تبعيد جميع الاسباب المضرة التي تزيد الاستعداد للاصابة بالدوسنتاريا وذلك لكونها تصير الجسم أكثر استعدادا لقبول السم الدوسنتاري فانه ولو كان غير مثبت ان الشخص يصاب بالدوسنتاريا الوبائية بمجرد تعاطي الاثمار الفجة والنوم على الارض الرطبة والامساك ونحو ذلك بدون ان يتعرض لتأثير السم الدوسنتاري فن الا كيد ان هذه الماثرات في زمن تسلطن الدوسنتاريا تعين على ظهور هذا المرض

واما معالجة المرض نفسه فلا يمكن ان تمام دلالاتها بالكفاية لعدم وجود وسائط



نوعية عندنا تضارب السم الدوسنطاري وقد ترك الآن بحق جميع الوسائط  
 التي يقصدها قطع سير هذا المرض كالفصد الغزير والمقليات والمسهلات  
 الشديدة وتعاطى مقادير عظيمة من الاقيون ويعتصر الآن على اتمام  
 ما تستدعيه المعالجة العرضية فمن الموصى به ان يبتدأ في المعالجة  
 باستعمال مسهل لطيف كسحب زيت الخروع والتمر الهندي او الملح  
 المر او الزئبق الخلو وكل من تلطيف الزحير والام البطن وقلة تكرار التبرز  
 الذي يعقب تأثير هذه الجواهر المسهلة اللطيفة بوجه يدفع المواد الثقلية  
 المتراكمة اعلا الجزء العلوي المتهرب والمناقبض انقباضا تشجيا من التبرج  
 وكثير من الاطباء من يكرر استعمال هذه المسهلات اللطيفة متى لم تحتو  
 المواد البرازية على مواد ثقلية مسدة يومين ولا يجوز استعمال مقي من  
 عرق الذهب وحده في ابتداء هذا المرض الا في الاحوال التي تكون  
 المعدة فيها ممتلئة بمواد غير منهضة وينبغي للمريض المصاب بالدوسنطاريا  
 ملازمة الفراش ولا يتعاطى مواد غذائية صلبة ويطلق عطشه  
 بواسطة سوائل فاترة وتكون تغذيته من الشوربات الخفيفة فان  
 كان قوي البنية دموى المزاج يعطى له شر به مائية غروية وان كان  
 ضعيف البنية انبساويا وكان عنده شهية وهضمه غير مضطرب وجب  
 الاجتهاد في حفظ قواه من الابتداء باستعمال امراق مركزة وصفار  
 البيض وعصارة اللحم والابن المخفف النقي ويكاد يحصل لاغلب المرضى  
 راحة من استعمال الوضعيات الفاترة على البطن واما استعمال المثانات  
 الجليدية على البطن او المكادات الباردة التي اوصى باستعمالها بعضهم  
 عند وجود الام شديدة في البطن مع ارتقاء في درجة الحرارة فلم يصدق منفعتها  
 في التجارب المجموعة الى وقتنا هذا وان كانت الام البطن شديدة جدا  
 ولم تتلطف بالوضعيات الفاترة او الباردة وخشى من زيادة حساسية البطن  
 حصول مضاعفة بر يتونية فيحصل ولا بد فائدة عظيمة من ارسال العلق على  
 البطن السفلى بقدر (من ١٠ - ٣٠ عند الاشخاص التامين النمو)  
 ويحفظ سيلان الدم من محل لذغه بواسطة الضمادات الفاترة وعند  
 ما يكون الزحير مؤلما للغاية ولم يحصل ضعف عند المريض يجب ايضا ارسال

العلق على الشرج فان ازداد الاسهال جدا وتكرر بكثرة وازداد الم البطن وصار التبرز متعبا للغاية وجب ولا بد استعمال الاقيون مع التكرار بمقادير مناسبة لحالة المريض فحينئذ يحصل منه على الدوام تلطيف في حالة المرض سواء استعمل بانقراده او مع غيره من الجواهر الدوائية كالزئبق الحلو والتين وخلات الرصاص فان لم يثمر الاقيون ولم يتحصل منه على فائدة كان ولا بد استعمال كل من تترات الفضة والقوايض النباتية كساق الحمام والرتانيا وقشر العنبر من الباطن قليل الجدوى

واما استعمال الجواهر الدوائية على شكل حقن ففيه وجه تفضيل عن المعالجة الباطنة لكون الجواهر الدوائية بهذه الطريقة تؤثر على الغشاء المخاطي المريض مباشرة وانما يعترض على هذه الطريقة بكونها مؤلمة عند ما تكون حساسية الشرج متزايدة جدا ويكون السوائل المحقونة بها لا تلامس الماء الغليظ الا في جزئه السفلي ومهما كان خففة هذه المعالجة الموضعية تغلب على ضررها سيما وانه باستعمالها اللطيف يمكن منع حصول الام في الشرج وازدياده ازيد اعظما ومن الجائز انه في المستقبل بالممارسة في استعمال طريقة هيجار التي بها يمكن ملء الماء الغليظ بالسائل بمسامه تصير معالجة الدوسنطاريا موضعية بالكلية اى قاصرة على الغشاء المخاطي المريض وهذه الطريقة يلزم لاجرائها بدلا عن الحقن ذوات الطلمبات المعتادة آلة التشلشل على الجروح بالجهاز المكون من مبسمز يتوفى الشكل لاجل الدخول بسهولة في المستقيم وانبوية طويلة من الصمغ المرن وقمع من الزجاج فعلى حسب درجة رفع القمع المتصل باحد طرفي الانبوية المرنة وقت صب الماء فيه يمكن ضغط عام ود السائل في الماء كثرة وقلة ولاجل ملء الاجزاء العليا من القولون الغليظ اوصى هيجار بوضع المريض وضعا به يزول بالسكينة العائق المانع من دخول السائل في الماء وذلك هو الوضع الركبي المرفق او الوضع الركبي الكتفي وهو الاوفق اذ بهذا الوضع يصير كل من الرأس والصدر منخفضة عن الحوض وفي هذا الوضع يمكن ان يصب في القولون من ٤ لترات الى ٥ مع الاحتراس في منع جريان السائل زنا فزنا بواسطة الضغط على الانبوية المرنة وسدها وعند الاثني عشر الكثيرى الحساسية او



المنهوكين يتجنب المعلم موسلي الوضع الركي المرفقي وقال انه يمكن صب جلة  
 لترات من الماء في الوضع الظهري الاعتيادي وذلك برفع القمع جدا عن  
 المستقيم والغالب ان تستعمل حقن صغيرة من النشاء أو جواهر غسيرة من  
 السوائل الغروية مضافا اليها بعض نقط من صيغة الافيون او تستعمل اقماغ  
 مستقيمة أي الشياف من زبدة السكا كاود هونته بالمرفين او بخلاصة الافيون  
 وذلك لاجل تلطيف الزحير ولاجل مضاربة التغير الاتهابي الدوسنطاري  
 فاجود ما يستعمل الحقن المأخوذة من محلول الحجر الجهنمي من جزء منه الى  
 ٣ على ١٠٠ من الماء المقطر وتستعمل مرة او مرتين في النهار (واجود  
 نجاحا شاهده من هذه الطريقة هو استعمالها أولا عند الاطفال ولوالرضع  
 عندما تكون الدوسنطار ياد موية وذلك ان يستعمل في مثل هذه الاحوال  
 حقنا صغيرة من كبسة من قهوتين من ترات الفضة على اوقية من الماء  
 القطر ويحقن بهذا السائل مرتين في النهار وبعد الحقن به تستعمل حقن  
 أخرى من زلال البيض المزوج بالماء ونجاح هذه الطريقة البين آت من  
 كون التغير المرضي الدوسنطاري قاصرا على الجزء السفلي من القولون  
 وثانيا في احوال الدوسنطاريا المزمنة عندما تكون على الشكل الجرابي  
 وقاصرة على الجزء السفلي من الماء الغليظ أيضا) وكذا قد استعمل في العصر  
 المستجد بناء على نجاح كلورات البوتاس في الدفتيريا الحلقية هذا الجوهر  
 على شكل الحقن في الدوسنطاريا بقدر جم ونصف على ٦٠ جراما من  
 الماء الفاتر وفي الدوسنطاريا الدفتيرية الثقيلة قد لا يحصل ادنى ثمرة  
 في كثير من الاحوال وكل من الضعف الهضمي للمرضي والشلل المهدد  
 بالحصول بمنعنا من استعمال كل من الاستفرغات الدموية والزيبق الحلو  
 مع الافيون فيقتصر في مثل هذه الاحوال على استعمال الوسائط الدوائية  
 المقوية المنعشة لاجل حفظ قوى المرضي وتجنب حصول الشلل واماتا تأثير  
 ونجاح حمض الفنيك الذي مدحه في العصر المستجد الطبيب (اميلونج)  
 فلا بد من التماس على التجارب به حتى يتايد ذلك وهو يستعمل بالكيفية  
 الآتية بان يؤخذ من حمض الفنيك (جرام واحد ومن روح النبيذ المكرر  
 ١٥ نقطة ومن صيغة الافيون ٣ نقطة ومن الماء المقطر ١٥٠ جراما ومن

محلول الصمغ العربي وشراب الدياكود من كل ٢٥ جراما ويعطى من ذلك ملء ملعقة كبيرة كل ثلاث ساعات) والممدوح في الدوسنطاريا المزمنة استعمال الحقن المأخوذ من محلول نترات الفضة او من محلول كبريتات الخارصين وذلك مع استعمال اغذية لطيفة وان لم توجد مواد برازية متجمعة اعلى الجزء المريض من الماء وكانت المواد البرازية المخاطية القحجية او المخاطية المدعمة مختلطة بمواد ثقيلة سائلة وجب استعمال القوابض من الباطن لاسيما التين وساق الحمام والرتانيا ونحن نفضل في مثل هذه الاحوال استعمال السكادالهندي (٨ جرام على ١٨٠ جراما من الماء و ١٥ جراما من الصمغ العربي ويعطى من ذلك ملء ملعقة كل ساعتين) واما استعمال الاستحضارات الحديدية والكينية والوضعيات الباردة على البطن بطريقة برزنس وتغيير الهواء والجسمات الفاترة فقد تكون مساعدة على شفاء القروح المعوية

(وأما معالجة الدوسنطاريا بالهندي الشعبي كما يفعلها عوام مصر بكثرة ومدحها بعض الاطباء فيظهر انها تؤثر كاثير المسهلات اللطيفة وليس عندي تجارب خاصة بذلك)

في الامراض الالتهابية التي تنتقل من الحيوانات الى النوع الانساني \*  
ولندكر هنا كلاما من داء التريشين \* اي التسمم بالديدان الخنازيرية وداء السراجة والكلب واما الجحيرة الخبيثة فلا نتعرض لها هنا حيث ان هذا المرض يذكر في كتب الجراحة فتقول

المبحث الاول في داء التريشين \*

( كيفية الظهور والاسباب ) \*

كثيرا ما وجد في السنين الماضية زمنا فزمننا عند فعل الصفات التشرىحية المختلفة في عضلات الجسم جسيمات عديدة مبيضة على شكل نقط وبالمبحث عنها بالميكروسكوب شوهد انها كياس صغيرة محتوية على ديدان خيطية الشكل ملتفة التفافا حلزونيا ( وهي التريشين الحلزونية التي استكشفها اوقين ١٨٣٥ ) وهذه الديدان لم يكن اثبات وجود اعضاء تناسلية فيها ولذا كان من المبهم جدا منشأها ومن اين وصلت الى العضلات وهل هي قابلة



للنمو أم لا ثم انه فيما بعد قد اتضح بتجارب كل من الشم-يرورجوف  
 وليكهردسنة ١٨٦٠ بتطعيم بعض الحيوانات باللحم المحتوى على  
 التريشين ان التريشين العضلية متى وصلت الى المعدة تفعل محفظتها  
 وتصير سائبة فتصل بسرعة الى الماء الدقيق بحيث انه عما قليل من  
 الايام بل في اليوم التالي غالباً تنمو هذه الديدان وتستحيل الى التريشين  
 المعوية ذات الاعضاء التناسلية فبعد ان كانت شعيرة الشكل طوله نحو  
 واحد ميل متر يصير طول الذكر من واحد ميل متر ونصف والانثى من ٢  
 ميل متر الى ٣ وبعد اليوم السادس تاد كل انثى التي هي أكثر عدداً بعد  
 تلقيحها نحو الالف جرثومة حية بدون محفظة ساجحة في الغشاء المخاطي  
 المعوي وتبتدى في السبح بعد اليوم العاشر من تعاطي اللحم المحتوى على  
 التريشين بعد ثقب القناة المعوية وهذا السبح يحصل من خلال البرتيون او  
 بين الوريقات المسارية وبين الياف المنسوج الخلوي السكائن بين الالياف  
 العضلية أو مع الدم وتصل الى العضلات الارادية وهناك يقف سبحها وعدد  
 الجراثيم الساجحة قد لا يحصى وتوجد كثيرة الاجناس والتركيب في انتهاء جسم  
 العضلات عندما تستحيل الى اوتار والظاهر انه يتعذر ثقبها هنا وكثيراً ما تسبح  
 التريشين في عضلات القطن والحجاب الحاجز والعضلات بين الاضلاع  
 وعضلات العنق والمقلة والخجرة وبالنسبة للاطراف هناك قاعدة وهي انه  
 كما بعد عن الجزء كما قل عدد التريشين في العضلات ولم يشاهد سبح جرثومة  
 التريشين اذله في الانسان في الطبقة العضلية للقلب وسبح التريشين  
 في العضلات يؤدي لالتهاب جوهري وخلل فيها والتريشين السائبة لا تنظر  
 بالعين العارية مدة سبوحها وهي تتعذى ابتداء في باطن الحزم العضلية ثم  
 تقف في سبوحها وفي ظرف بعض اسابيع تستحيل الى نفس التريشير العضلية  
 وفي المحال الكائنة فيها يؤدي التهاب النامي عنها الى ثلاثي الالياف العضلية  
 واستمرارها الى جوهري توجب دقيق وأما غمد هافيتسكائف وينكماش  
 من طرفيه فتبقى الدودة مائة الفافا حلزونياً في المسافة الحالية وفي محيط  
 الغمد الظاهر تتكون أوعية جديدة وأما الجوهر الحبيبي السكائن داخلها  
 فانه يتسكس بحيث ان المحفظة الديدانية تظهر للعين العارية على شكل  
 جسم مبيض ويلزم التكوين الاكياس الديدانية زمناً اقله شهران والديدان

التريشينية المحاطة بمحافظها يمكن أن تبقى وتستهمر جملة سنتين بحيث أن لحم  
مثل هذه الحيوانات متى استعمل في الغذاء ينتج عنه التسمم بهذه الديدان  
واسباب داء التريشين في الحيوانات مجهول الى الآن

ومن اعظم الامور واهمها الجواب عن مسألة منشأ التريشين في الخنازير  
وقول ليكاردان التريشين طفيلي منشأه الجرذان قد وقع فيه الشك الآن  
بواسطة ابحاث زنكر وليسر نيج فان الاول قد اجتهد في ثبوت كون الجرذان  
المصابة بالتريشين تسكاد توجد على الدوام في المحال التي يوجد فيها بقايا  
الحية من الخنازير المقتولة فتتغذى منها وعضد جراح القول بأنه على الدوام  
لا توجد التريشين في الجرذان الا في المحال الموجود فيها خنازير تريشينية  
او حيوانات أخرى من اكلة اللحوم والخنازير وان اصبحت وتسمت بالجرذان  
التريشينية الا ان الخنازير هو الحامل الاصل لهذا الحيوان الطفيلي  
والكيفية التي بها يكتسب الخنزير هذا الداء هي الآتية تبعا لنيج وهي  
اولا التسمم عقب ازدراد جرثومة التريشين المعوية مع المواد البرازية  
المتعدية من حيوانات مريضة وثانيا كل لحوم خنازير أخرى مصابة بهذا  
المرض كما يحصل ذلك في بعض الزرائب التي تربي فيها الخنازير فانه كثيرا  
ما ترمى بقايا الحية بعد قتل بعضها الى خنازير أخرى لتتغذى بلحمها

واما نوع الانسان فلا يظهر عنده داء التريشين الا بواسطة تعاطي لحم  
الخنزير المحتوى على هذه الديدان واكثرها خطرا اكلها نيئا ولذا ان هذا  
المرض يشاهد بكثرة في الجهات التي فيها توجد العادة الخطرة من تعاطي  
اللحم نيئا ويكون اكثر واشد منه في غيرها من الجهات وزيادة عن تعاطي اللحم  
نيئا فان هذا اللحم قد يجهز بكيفية بها لا تقتل الديدان التريشينية بكيفية  
تامة فان القطع العظيمة من هذا اللحم ولو المطبوخة او المحمرة قد تحتوى  
على هذه الديدان في اجزائها الباطنة غير النضجة التي يسيل الدم منها عند  
شقها فان هذه الديدان مادامت في الاجزاء الباطنة لانهنك ولو تعرضت  
هذه القطع العظيمة من اللحم في اثناء الطبخ لدرجة حرارة كافية لقتلها بل  
وفي القطع الصغيرة قد تبقى هذه الديدان حية مادام طبخها غير تام كما تبقى  
في قطع السمك فكثيرا ما شوهد التسمم بالتريشين بعد تعاطي هذا اللحم



المجهز مهما اختلفت كيفية تجهيزه واما التليخ المستطيل للحم الخنزير بدون صب الماء عليه فانه يهلك التريشين على الدوام واما اذا كان التليخ غير تام ولا مستطيل فان الديدان تبقى حية فيه بكمية عظيمة وكذا الاليلك من هذه الديدان بواسطة التدخين والتجفيف الا ما كان على السطح الظاهر ما عدا التدخين الساخن على النار واكل الطرق اتلها لهذه الديدان هي طريقة التدخين السريع التي بها يدخن لحم الخنزير بالخل او الكريوزوت وبعلم على الدخان زمانا قليلا فان التهم بعد التعاطي باللحم المجهز بهذه الكيفية قد شوهد منه عدد عظيم وقلة مشاهدة هذا المرض في جنوب اوربانا شتى ولا بد من كراهة تعاطي لحم الخنزير بدون طبخ جيد

### الصفات التشريحية

التغيرات التي تحصل عند الاشخاص المستريها داء التريشين في الاسابيع الاول ليست معروفة الى وقتنا هذا الكن من ابتداء الاسبوع الخامس تظهر في العضلات التي لم تزل حرا قانية علامات الالتهاب الحشائي والجوهري على شكل امثرطة سنجابية دقيقة وقد ذكرنا فيما تقدم الصفة الميكروسكوبية لهذه الاجزاء وان حصل الموت في الاسبوع العاشر وجدت العضلات ضامرة باهتة وتسجيل الى المحافظ التريشينية التي ترى بالنظر العاري وعدد الديدان التريشينية يكون اعظم وامتدادها اوضح كما كانت الاصابة طويلة في الاحوال المستطيلة جدا يمكن ان ترى عضلات الاطراف مرصعة بتلك الديدان وهذا الامر والتجارب المعلومة من انه يوجد الى انتهاء الاسبوع السابع او الثامن ديدان تريشينية معوية حية مئة اثة بيض وجرثيم تقرب من العقل ان الديدان التريشينية المعوية لا تلد ديدانا حية مرة واحدة بل مرارا عديدة بحيث ان سبحها في العضلات يتمدد من جديد وباقي التغيرات المرضية التي توجد في جثث الهالكين بهذا المرض لا تكون واضحة ويوجد في الجثة اذ ذمها الاطراف السفلى والطحال يكون قليل الانتفاخ او غير منتفخ بالسكابة وكل من جوهر القلب والكليتين يكون في حالة انتفاخ متكدرا وحو يصلات الكبدة تحتوى على

كمية كثيرة من الشحم وفي كثير من الاحوال توجد التغيرات الخاصة  
بالتهاب الشحمي الممتد ويوجد في الرتين ارتشاحات انحدارية او تغيرات  
التهابية وفي بعض الاوردة سد ذاتية

### في الاعراض والسير

من منما اوضح المعلم زسكر سنة ١٨٦٣ الاستكشاف المهم من ان سبع  
الديدان التريشينية في الجسم الانساني يحدث مرضا ثقيلا قاتلا قد صار شرح  
احوال متفرقة من هذا المرض بل واوية قتاله منه شرحا كافيا ومن الواضح  
ان الاصابة التي تنتج عن دخول التريشين في الجسم تظهر اختلافا عديدا  
على حسب كمية الديدان التريشينية الحية التي تنفذ في القناة الهضمية كما وانه  
من الواضح ايضا ان هذا المرض في الاحوال الواضحة منه يتميز بجملة ادوار  
اولها يتعلق بوجود الديدان التريشينية في المعدة والمعاء وغوها فيها والثاني  
بنفوذ الجراثيم العديدة لتلك الديدان في العضلات والثالث باتهاء سبع  
تلك الديدان او تناقص تهيج العضلات عند تكون المحافظ التريشينية  
في الدور الاول لا يكون عند المرضى ادنى مكابدة قبل هضم اللحم المقطع  
بتلك الديدان وانطلاقها بل وفي بعض الاحوال تفقد العلامات المرضية  
ايضا في الزمن الذي تضيق فيه تلك الديدان سائبة في المعاء وتتناسل فيها  
وتثقب جدرها وهذا ما يسمى بالتريشين السكامة فمثل هؤلاء المرضى تكون  
شهيتهم جيدة وتبرزهم منتظما وهم وان كانوا في حالة تعب وانحطاط  
وبشتة تكون بالام متغيرة ونوع جساوة في الاطراف لكن يكون لهم قدرة  
على الخروج من امكنتهم والسعي في اشغالهم ثم تتركز الالام شيئا فشيئا  
وتتحد في بعض العضلات وهذه الاخيرة تنتفخ وتصبح صلبة يابسة وتظهر  
الاوذيم وتتضخم الجوى وباقي الاوصاف الواصفة للالتهاب العضلي التريشيني  
ومن المقررب للعقل هنا القول في مثل هذه الاحوال انه لم يصل الى المعاء  
الا قليل من الديدان التريشينية او انه لم يبق الا قليل منها بحيث ان كلام  
قلة غو الديدان التريشينية وقلة سبع فقمها الحديث لم يكدر وظائف المعدة  
والمعاء الا قليلا بخلاف اصابة العضلات فاتها ترتقى الى درجة عظيمة بواسطة  
تسكرا غو الديدان التريشينية الجديدة وسبعها واما انتقال داء التريشين



المكامن من حالته الى حالة وضوح خطارة فحسب التوجيه ما لم يكن ذلك ناتجا عن سبب قفس جديد من تلك الديدان في الاعضاء التنفيسية

ويخالف بالكلية السير المكامن لهذا المرض وفقد الاضطرابات الهضمية ابتداء هذا المرض في بعض الاحوال بطواهر معدية معوية شديدة للغاية فان الاصابة الاولى في الربو المشهور الذي حصل في ألمانيا قد ظن ابتداء انه وباء عيسى فانه قد كان يظهر عند المرضى ابتداء قميئ واسهال شديدان يكاد لا يمكن ايقافهما ومات بهذا المرض في الابتداء ثلاثة أشخاص في اليوم السادس بعد التسمم بطواهر تكاثف الدم والشلل وقد ارتكن كل من كرتس روبر بكت في التمييز العسر بين الهبضة التريشينية والآسية والافرادية الى وجود الالم العضلي التوتري الخاص الذي يصاحب الشكل الاول الذي يكون مجلده العضلات القابضة من الاطراف العليا ويزداد عند حركه القبض او الضغط وهجوم داء التريشين على الشكل الهبضي غير الكثير الحصول يدل على انه وصل الى المعدة عدد عظيم جدا من التريشين الحية وان كاد من جدار المعدة والمعاء اعتراه تغير مرضي قوي وهذا ثبت بكون الاعراض الهبضية لم تشاهد الى وقتنا هذا الا عند التسمم باللحم الني

ومع ذلك فكل من فقد الطواهر المعوية وظهور نوب شديدة من القيء او الاسهال لا يشاهد بعد تعاطي اللحم المحتوي على الديدان التريشينية الا في احوال قليلة والغالب ان تشتكى المرضى بعد التسمم ببعض ساعات او ايام باحساس بانضغاط شديد في القسم المعدى مع تجش وغثيان مصحوب باحساس بتعب وانحطاط عمومي وفي العادة يحصل قيء يتكرر بعض مرات وينقذف به مواد مخاطية او صفراوية وكثيرا ما يحصل اسهال ينقذف به مواد سائلة تكون ابتداء مسهرة ثم سحابية واضحة وتكون احيانا شبيهة بماء الارز وفي احوال أخرى يوجد اسهال وبعد اليوم السابع من تعاطي اللحم المحتوي على التريشين ودخوله في المعدة أي في الزمن الذي يبتدى فيه سبب الجسرايم الديدانية في الجسم ينضم للطواهر المعدية ان كانت حصلت ظواهر خاصة بسبب تلك الديدان في العضلات وهي الام تظهر على شكل متغير

والاحساس بجساوة في العضلات واوذىما خاصة في الوجه يكثر انضاحها في الاجفان تمتد احيانا الى الملتحمة بحيث تتكون الحوية الاكوزية الملتحمة وعما قليل يصير حركات المرضى عسرة للغاية وذلك اما لكون العضلات تزداد جساوتها وتيبسها شيئا فشيئا اول كون تحركها يصطحب بالام شديدة جدا وجسم العضلات ينتفخ انتفاخا عظيما ويصير متوترا يابس قوامه كالمع المرن شيئا بالتيس الرى وفي الاحوال الثقيلة جدا من هذا المرض يصير وضع المرضى واصفا فتكون على الدوام مستلقية على الظهر والذراعان مثنيان على شكل زاوى في مفصل المرفق والكتفان والركبتان من رفعة مثنية ويتجنبون كل حركة اما يحصل عندهم من الالام وقد وجه كونهم في هذا الوضع باهتام المرضى باخذ وضع فيه لا يعترى عضلاتهم الا قليل من الانجذاب والتوتر ومن القرى بالعقل ان كثير من احوال التريشيز في العصر المتقدم كان يعتبر نظر ذلك آفات روماتزمية

وينضم لا انتفاخ العضلات اوذىما جلدية تمتد من المصدين الى قبضة اليدين ومن الفخذين الى أسفل القدمين بدون ان تصيب الصفن والشفر بن العظمين ويندر ان تفقد اوذىما الوجه والاطراف لكنها تكون في الغالب وقفية وغير عظمية وتوجيه هذه الاوذىما لم يتضح بالكلية الى الآن فان بعضهم يعتبرها تفهومية جانبية وبعضهم ينسبها لسد ذاتية في الاوعية الليففاوية اولان تمداد الاوعية الرقيقة الجلدية بواسطة التريشين وتنسب في الادوار المتأخرة من هذا المرض لضعف حركات القلب والتنفس (ومن الجائز ان يكون ذلك ناشئا عن تراكم الديدان التريشينية في الجباب الحاجز) وينضم للاعراض المذكورة من الاسبوع الثالث الى الخامس نوب عسر عظيم في التنفس تتعلق ولا بد بوجود الديدان التريشينية في عضلات التنفس وهذه النوب تزول عادة في الاسبوع السادس ان لم يطرا الموت وباصابة عضلات المزمار بالديدان التريشينية يصير الصوت عند بعض المرضى ابح ولهذا السبب يحصل أيضا عسر في حركة المقلتين والمضغ والتكلم والازدراد



واما الحى في داء التريشين فانها قد تفقد بالسكية في الاحوال الخفيفة بحيث  
ان المصاب بهذا المرض لا يلزم الفراش واما في احواله الشديدة فانه يحصل  
بعد التسمم بايام قليلة حتى كثيرة الشدة او قليلا تمايزات طرز متردد وكون  
توجات الحرارة في هذا المرض تشابه توجات في التيفوس البطني واصطحاب  
هذا المرض غالباً باسعال وعدم وجود تغيرات جوهرية في باقي الاعضاء  
آدى في بعض الاحوال الى اشتباه هذا المرض بالتيفوس ومعرفة النبض  
تطابق في هذا المرض ارتفاع درجة الحرارة فقد يحصل في الاحوال  
الثقيلة الى ١٢٠ في الدقيقة الواحدة وهناك عرض واصف نوعاً لهذا  
المرض وهو العرق الغزير المصحب بطفح دخنى احياناً يتسدى عادة في  
الايام الاولى من هذا المرض ويستمر في اثناء سيره والتأثير الذي تحدثه الحى  
التريشنية في الحالة العامة وفي الدماغ وباقي الوظائف يطابق بالسكية  
ما يحصل في غير هذا المرض من الامراض المصنوبة بارتفاع عظيم في درجة  
الحرارة فالنبض يصير صغيراً ضعيفاً والعطش محرقاً والاسنان جافة وتقع  
المرضى في حالة هبوط او هذيان وقد يحصل تقلص واهتزاز في بعض العضلات  
وغثغرينا موضعية في العجز وبهذه الظواهر التيفوسية يمكن ان تهلك  
المرضى لكن طرؤ كل من الالتهاب الشعبي المنتشر والتغيرات  
الانحدارية والارتشاحات الرئوية النهائية يتووع الصورة المرضية  
التي يسير بها داء التريشين

وسير هذا المرض لا يظهر فيه انتظام وتتابع واضح في الاعراض الا في  
الاحوال الثقيلة جداً بخلافه في الاحوال الخفيفة فان الظواهر الابتدائية  
لهذا المرض التي تطرأ بسرعة في الاحوال الثقيلة لا تتضح الا بعد جلة  
أسابيع بل وقد تكون الظواهر المعدية المعوية الناتجة عن التريشين  
المعوى واهية جداً أو تفقد بالسكية وكذا الاعراض العضلية المتعلقة بسبح  
جراثيم تلك الديدان فيها قد تكون خفيفة جداً ولا تصل لشدة عظيمة الا بعد  
جلة أسابيع اي بعد ازدياد كمية التريشين العضلية عقب تكرار سح الفقس  
الجديد وتكاثره في العضلات شيئاً فشيئاً وبعض الاحوال الخفيفة من داء  
التريشين قد تشفى بعد بعض ايام او أسابيع والغالب ان يمتد هذا المرض

زيادة عن ستة أسابيع أو سبعة بل جملة أشهر في الأحوال الثقيلة والمرضى  
التي تكون وصلت فحاشتها إلى أعلى الدرجات تبقى شديدة الحساسية  
والضعف وتعود لقواها يبطء إلى أن يتم تكيس الفقس التريشيني  
وانذاراء التريشين بتعلق بالكمية التي وصلت إلى المعدة والمعنى من هذه  
الديدان فيكون التسمم حينئذ عظيماً كانت كمية اللحم المشججون بها عظيمة  
وكان مجهزاً بكيفية غير لا ثقة وكافية لقتلها وظهرت الأعراض المرضية  
بشدة بعد التسمم حالاً وقد وصل عدد المالكين من هذا المرض في بعض  
الأوبئة إلى ٣٠ في المائة ومن النادر أن يحصل الموت في الأسابيع الأولى  
بل الغالب حصوله في الأسبوع الرابع أو السادس وفي أحوال أخرى يتأخر  
حصوله عن ذلك وتشتبه من هذا الداء وإن كان سهلاً جداً في الأحوال  
التي تشاهد مدة تسلطن وبائه أو عند وجود بعض أحوال متفرقة  
ايقظت فكر الطبيب لها إلا أنه عسر للغاية عند وجود حالة منفردة سيما إن  
كان سيرها غير اعتيادي والأعراض الواصفة هي التغيرات العضلية  
السابقة ذكرها وكذا اذيم الوجه والأطراف التي لا يمكن توجيهها  
بكيفية أخرى ومنى حصل الظن بوجود داء التريشين أمكن الوصول إلى  
معرفة الحقيقة مع التأكد بالبحث الميكروسكوبي عن باقى قطع لحم الخنزير  
الذي تعاطى المريض منه وأما البحث عن المواد البرازية لاغشور على  
التريشين المعوية فلا يؤدي غالباً المقصود فإنه يندر خروجها مع البراز

### في المعالجة

أما المعالجة الواقية فن المحقق أنه بواسطة إجراء البحث الميكروسكوبي  
عن اللحم بواسطة أشخاص متمرنين على ذلك سيما قطع اللحم المأخوذة من  
عضلات الحجاب الحاجز وعضلات الخنزيرة لجميع الخنازير المذبوحة يمكن به  
ولا بد منع أوبئة جديدة من هذا المرض وكذا من الجائز وجود أشخاص  
في المدن العظيمة والقرى يمكن تعليمهم بطريقة عامة البحث بالميكروسكوب  
بحيث يمكنهم في كل حالة مراقبة الحكم مع التأكد بأن كان اللحم المجسوب  
لهم لا يكشف محتوياته على التريشين أم لا وإلا يصعب تباع ذلك الكشف



على اللحم بطر بقعة جبرية وان جازم نزل فحذر من الا من اتمام في ذلك فانه لا يمكن الاعتقاد بالامنية التامة في الاشخاص الذين يناطون في القرى بالبحث الميكروسكوبي فانهم بعد البحث جملة سنين عن هذه الديدان ولم يجدوها لا يتبادون فيها بعد على البحث بالذمة والدقة التامين بل ومن الواضح الا كيدان اجر البحث الميكروسكوبي عن اللحم ان لم يفعل بغاية الدقة يصير خطره وضرره أكثر من نفعه فان الاشخاص يرتكئون عليه ويتعاطون لحم الخنزير بدون احتراس فالواسطة الوحيدة التي تبقى من التعميم بداء التريشين هي منع تعاطي لحم الخنزير ما لم يكن مجهزا بالطبخ كيفية بهائم هلاك الديدان التريشينة الموجوده فيه فكل من أراد تعاطي لحم الخنزير النئ او المدخن او السجق يلزمه ابتداء التأكد من كون الخنزير الذي أتت منه هذه المواد لا يحتوي ابدا على الديدان التريشينة

وأما معالجة المرض نفسه في الواضح مما ذكرناه على تكاثر واستمرار التريشين في العضلات عدم الوصول الى معرفة طرق علاجية بها يمكن قتل الديدان السابحة في العضلات بدون ضرر بالنسبة للرئس لكن من الجائز فيما بعد الوصول الى معرفة طرق علاجية بها يمكن قذف الديدان التريشينة المعوية بسرعة وقتلها وهذا الامر لا ينبغي في المستقبل اجراؤه في الاحوال الحديثة فقط بل وفي اثناء سير هذا المرض فانه من المعلوم الثابت ان الديدان التريشينة تسبح في العضلات ثانيا بعد عدة اسابيع والى الآن لم تثمر في ذلك الجواهر الطاردة للديدان المشهورة كما اوصى به (افر يدرايش) وهويكرونترات الصودا والبوتاسا والبنزين الذي اوصى به (موسلر) وملح الطعام وزيت الترمينتا والسنتونين ونحو ذلك فانهم لم تؤد للغاية المقصودة وكذا الجلسرين الذي يهلك الديدان التريشينة بسرعة عقب اخذ مائتيهالم يصادف محلا في مشاهدين شاهدا للطبيب (مندير) ومع ذلك فجميع هذه الجواهر العلاجية ينبغي تجربتها عند وجود فرمة جديدة وكذا العشم بطرد الديدان التريشينة المعوية بواسطة المسهلات الشديدة أو زيت الخروع والزيت الحلو يصادف محلا الى وقتنا هذا وعلى كل حال فالعلاجية تكون عرضية فالجى تضارب بالكينيز والانحطاط والهبوط

يقاومان بالمنعشات والانيميا بالمر كبات الحديدية وا قوى الوسائط  
في الانتفاخ العضلي المؤلم الحمامات الفاترة المستمرة المستطيلة

### المبحث الثاني

\* (في داء السراجة ويسمى بالداء الرطب وبالسقاوة) \*

### كيفية الظهور والاسباب

يحصل عند الحيوانات ذوات الحافر المنفرد كالخيل والحير والبغال مرض  
تختلف تسميته بحسب المحل المصاب المؤثر عليه الاصل المعدى فيسمى  
بالسراجة او بالسقاوة فأما سم السراجة الذي هو مماثل لسم السقاوة فانه  
يتولد في الجسم المتهمم به وانتقاله من الحيوان المريض المتولد فيه هذا السم  
الى حيوان آخر هو السبب الوحيد في انتشار هذا المرض وبعبارة اخرى داء  
السراجة يعتبر من الامراض المعدية المخضنة وسم السراجة الذي ليس  
معنا ما لنا كغيره من الاصول المعدية لابعفاته الميكروسكوبية ولا  
الكيمائية وانما نعرفه بمجرد تأثيره بوجد في منحصل عقد السراجة  
والسيلان الانفي وفي الدم والافرازات كالبول والاعاب والعرق ويوجد  
عند الانسان قابلية للتأثر من هذا السم (الخاص بالخيل) وان كان  
ذلك بكيفية محدودة والعادة أن تحصل العدوى عند الانسان بواسطة تأثير  
هذا السم على أجزاء منجرحه او متساخنة من الجلد عند تنظيف الخيل  
المريضة وعند سلخها او ذبحها او طخ لحمها او عند عظامها بقوة وانقاذ  
الافرازات المرضى من الانف بقوة ووصوله الى الغشاء المخاطي القمي  
والمخجمة عند الانسان وملاسته لها ومع ذلك فقد تحصل العدوى بدون  
ملاسة لا واسطية للافرازات المرضى اى بواسطة اصل معد طيار ولذا  
ان الاشخاص الذين يبيتون في اصطبلات الخيل المريضة بالسراجة  
لا يكونون مصابين عن الاصابة بهذا المرض وبظهر في بعض الاحوال  
حصول العدوى بمجرد ملاسة الحيوانات المريضة او افرازاتها المرضية  
بدون وجود جروح سابقة لذلك وحيثما فلا بد وأن تكون افواه الغدد  
الجلدية هي التي قبلت الاصل المعدى ومن الواضح أن هذا المرض يصيب  
على الخصوص الاشخاص الملامسين للخيل بكثرة واما اصابة شخص من



شخص مريض آخر فنادرجدا

\*(الصفات التشريحية)\*

التغيرات الغذائية التي يحدثها التسمم بسم السراجة عبارة عن ظهور أورام عقدية مخصوصة في الغشاء المخاطي للأنف والغدد اللينفاوية الظاهرة والعضلات والرئتين وغيرهما من الأعضاء وهذه الأورام تكون ابتداءً يابسة ثم تلين بسرعة وتتلاشى وتستحيل إلىخراجات وقروح وهذه الأورام العقدية تتكون عن دخولوى على رأى ورجوف ويوجد في الحديت منها خلية جديدة صغيرة ونوايات عديدة سائبة وأما العظم منها فيوجد فيه خلية عظيمة ذات نوايات مصطفة بجوار بعضها ومكونة لجوهر تلك الأورام وعند تقدم سير هذا المرض يعترى الخلية القديمة تغير فتمتلئ بمادة شمعية حبيبية وتفقد تأثيراتها الواضحة وتتلاشى بحيث أن العقد لا تحتوى انتهاءً الأعلى بقايا من جزيئات قليلة متفرقة وقد نبه ورجوف على تماثل التكون المرضي في العقد السراجية والدرن لكنه نبه أيضاً مع الوضوح على أنه لا يمكن الحكم على طبيعة التغير المرضي من هذا التماثل فإن عين هذا التكون لا سيما تكون المادة الجينية من عناصر خلالية لا يحصل فقط في الدرن بل كذلك في القيح والسرطان والأورام اللحمية وأما التغيرات التي تحصل في الغشاء المخاطي الأنفي والمهارة بالسقاوة فإنها تظهر على هيئة تعقدات صغيرة على شكل رأس الدبوس أو حب الشهدانج والقروح التي تختلف تلاشيها تكون ابتداءً متفرقة أو مجمعة ثم تختلط مع بعضها شيئاً فشيئاً وتكون تعقدات جديدة وانفجارها في قاع تلك القروح وحوافيها وحولها يمتد التهابك و يغور في العمق إلى أن تنعري العضاريف والعظام ثم تنكسر وتنفصل وتظهر تلك التعقدات يصطبغ بالتهاب نرلى في الغشاء المخاطي الأنفي وهذا الالتهاب يشتد جداً حولها ويصطبغ في الابتداء بسلان أفراماني صافى يكتسب فيما بعد صبغة لزجة كثيفة قهجية وعند تقدم التقرح يصير متغير اللون فيشاهد أحياناً ناعماً اختلاطه بالدم وأما التعقدات التي تتكون في الجلد والمنسوج الخلوى تحتها المعروف بالسراجة الجلدية فتكون عظيمة في حجم الحصاة أو الجوزة وبعد

تفرحها تخلفها القروح المعروفة بالقروح السراجية وتكون مستديرة ذات حواف منقلبة الى الخارج او الداخل وذات قاع وسبخ وتحدبات وافراز غزير من مواد صديدية كثيرا ما تلصق بالشعر المحيط بها بكثرة مكونة لقشور يابسة صميكة وبالتهاب الاوعية الليفية الفايوية التهابات ابعيا وامتلائها بالمادة القيحية تتسكون اشربة سحجية وهي المماة بالاشربة الديدانية وكذا العقد الليفية قد يعثر بها انتفاخ بل يوجد في باطنها تعقدات سراجية ومن المستغرب كون بعض العضلات يكون محلها هذه التعقدات لاسيما العضلة ذات الرأسين والعضلات القابضة للساعد والعضلة الصدرية والالية في محل اندغامها بل وقد توجد هذه التعقدات السراجية في الرئين في حجم حب السم دانج او الحصى وتبعها للمشاهدات الجديدة للمعلم قلوچ ليست هذه التعقدات تولدات جديدة بل يوراث التهاية متفرقة وكذا الطحال يكون عظيم ما منتفخا كثير الدم والسكبد كذلك عظيم ما مكابدا للاستحالة الشحمية وباقي الاعضاء يوجد فيها كذلك تعقدات سراجية او خراجات صغيرة وبهذه الاخيرة تكنسب جثة الهالكين بالسراجة صفة مشابهة للخراجات الانقلابية في التسمم الصديدي

### في الاعراض والسير

زمن تفرج بدء السراجة يمتد عادة جملة ايام واحيانا جملة اسابيع وهذا الداء يمتدئ في الاحوال التي يؤثر فيها سم السراجة بلا واسطة على جزء محدود من الجسم بظواهر موضعية بخلافه في الاحوال التي فيها يستنشق السم مع الهواء فانه يبتدئ بظواهر عوممية كالتهب والانحطاط وآلام الراس والاطراف وشبه آلام روماتيزمية في العضلات والمفاصل وحيث ان هذه الظواهر ينضم اليها حتى ترتق شيئا فشيئا فن الجائر عند عدم معرفة السبب الوقوع في الخطأ والظن بان المريض مصاب بالتيفوس في الابتداء او بالروماتيزم المفصلي الحاد الى ان يتضح التشخيص فيما بعد بواسطة الظواهر الموضعية كالپثور في الجلد ونحو ذلك وبالاصابة الانفية الا ترى فرحها وعند تأثير السم تأثيرا موضعيا تتضح ابتداء ظواهر التهاية في محل الاصابة كالاجرار والانتفاخ والالام في المحل المصاب من الوجه او غيره من



الاجزاء المنخرجة الملامسة اسم السراجة كالأصبع وبذلك يشبه التسمم بسم  
 الرمة ثم تكتسب القرحة هيئة بشعة بحيث ان قاعها الشحمي يذكروا هيئة  
 الشنكر والعقد اللينفاوية المسامتة والاووعية اللينفاوية كثيرا  
 ما تلتهب فينتفخ الذراع ويتغطى بجويصلات او بشور او يظهر فيه التهاب  
 جرى او خراجات وقد تمتد هذه التغيرات الانتهائية الى جميع نصف الجهة  
 المسامتة وان بقي الداء قاصرا على الغشاء المخاطي الانفي ولو كان هذا نادرا  
 عند الانسان وكثيرا عند الخيل سال من احدى طائفتي الانف او كليهما  
 معا على حسب الاصابة افر از صديدي من تن مخاطي في الانف بدءا ثم في  
 مدغم فيما بعد وحينئذ يحمر الانف ويتفخ وكذا الاغشية المخاطية  
 الاخرى كالغشاء المخاطي الدمعي والثوي والملحمي والحاق والخجري  
 بل والشعبي لا ينسدر ان يصاب بالالتهاب والنقرح بحيث تتضح الحالة  
 الثقيلة لهذا المرض بظواهر حنجرية اورثوية وفي الاحوال ذات السير  
 الحاد ترتقي الحنجرة الى درجة عظيمة وتكتسب الحالة التيفوسية فتؤدي  
 للموت بعد بعض اسابيع بظواهر شلل القلب وفي احوال السراجة المزمنة  
 تكون الظواهر المرضية بعينها كما في الاحوال الحادة انما تكون بطيئة السير  
 والظواهر المرضية قد تقف بل تلحم التقرحات والاصابة الانفية قد تفقد  
 بالكلية عند النوع الانساني او تكون واهية جدا بحيث تختفي عند  
 البحث غير الدقيق لكن عند تقدم السير تحصل اصابات سرارية متعاقبة  
 فتظهر بشور وتقرحات عضلية والتهابات مفصالية مع انتفاخ فيها والتهابات  
 في الاوعية والعقد اللينفاوية وخراجات ونحو ذلك ثم تمتد الاصابة المرضية  
 الى السحايا والعظام فالمرضى يفقد قواه بالجنى المستمرة او المستردة  
 والاسهال المتكرر والعرق الغزير بحيث انه بحسب الظاهر يشبه المرضى  
 المسلول وكثيرا مات ملك المرضى بعد بعض اشهر وانذار السراجة المزمنة ليس  
 خبيثا جدا كانذار السراجة الحادة التي تسكاد تنتهى دائما بالموت فقد دلت  
 تقاويم المـ لم (بولينجر) على انه لم يشف من ٣٨ حالة من السراجة  
 الحادة الا واحد من ٧ من التحت حادة الا اثنان ومن ٣٤ من السراجة  
 المزمنة الا ١٧ وقال (كوتنير) ان الاصابة في السراجة باصل معد ثابت

اجود في الاذار من السراجة التي تنتج عن اصل معد طيار  
 ﴿المعالجة﴾

من الامور المهم التمسك بها جدا بالنسبة للحكومة المحلية منع انتقال السم  
 من الحيوانات المريضة الى الانسان بواسطة احتراصات صحيحة قاسية ويجب  
 على الاطباء البيطرة ايقاظ الاشخاص المنوطين بخدمة الحيوانات ذوات  
 الحافر المفسرد وتعليمهم ظواهر هذا المرض عند الخيل وشدة خطره  
 وفي الاحوال التي يدرك فيها تأثير سم السراجة على جرح يمكن العشم  
 باستئصال هذا الجزء او بكي محل الناقع كيا شديدا في منع حصول التسمم  
 الجموي واما الجواهر الدوائية الموصى بها عند انضاج السراجة سيما بودور  
 البوتاسيوم والمحلول الزرنجني افولبروجض الفنيك فليس لها تأثير الا في  
 الاحوال الخفيفة وذات السير المزمن والسيلان الانفي هو والقروح الانفية  
 يستعمل فيها الحقن بمحلول حمض الفنيك او تترات الفضة وزيادة عن ذلك  
 يوصى باستعمال معالجة عرضية بالنسبة للاصابة الموضعية والحمى  
 وقوى المرض

﴿المبحث الثالث في داء الكلب﴾

\* (ويعرف بالقزح من الماء) \*

﴿كيفية الظهور والاسباب﴾

نعني بالكلب مرضاته مما اذا ينشأ عن مم غير معروف يؤثر في الانسان  
 و ينتقل اليه بواسطة عض حيوان مكلوب والجراثيم المسممة تحتاج  
 لزمان طويل حتى تحصل الظواهر الابدائية في الجسم المسموم واعراض  
 هذا المرض عبارة عن تشنجات متقطعة في عضلات الاغزدراد والتنفس  
 ينبوعها تغيرات دقيقة في المركز العصبي اتملك العضلات ووظائفها السكائن  
 في النخاع المستطيل والهلاك ينتج ولا بد عن شلل هذا النخاع الناشئ عن  
 ازدياد تهيجه

واعلم المؤلفين المستجدين بميلون لاقول بان المنشأ الذاتي للكلب عند  
 الكلاب او غيرها من الحيوانات لا يحصل مطلقا بل ان هذا المرض ينشأ



على الدوام من انتقال سم الكلب من حيوان مريض الى آخر والدم الموجود في اللعاب والدم بل وغيرهما من السوائل الطبيعية للحيوانات المر يعضة ليس من طبيعة طيارة بل من طبيعة ثابتة وهو لا ينفذ من البشرة الغير المنجرحه مطلقا ولذا لا يعقب بنتائج مضره الامتى اثر في محل من جرح او اقله في جزء من الجلد عار عن البشرة والسبب الغالب للكلاب الانساني هو عض كلب مكروب ويندر ان يظهر هذا المرض عقب عض حيوانات مكروبه اخرى كالضبع والمهر والشعلب والخنزير ويندر جدا حصول هذا المرض عقب عض حيوانات سائمة (اي اكله النباتات) ولم يتحقق الى الآن بالكلية امكان عدوى شخص سليم عقب عضه بانسان مصاب بالكلب لكن قد نجح جملة مرات نقل هذا المرض بواسطة التلقيح من الانسان الى الحيوانات وعض الحيوانات المكروبه يكون اشد خطرا في اجزاء الجسم العارية كالوجه والايدي واقل خطرا في الاجزاء المغطاة بالملايس وذلك لانه في الحالة الاخيرة لا يسهل نفوذ اللعاب المتسمم الى الجسود بل يمتنع ذلك بواسطة الملايس ولحسن الحيوان المتكلب او تنديية الجلد بلعابه اودمه بكيه فيسهل اخرى ليس خطرا كما سبق مالم يوجد بالمصادفة في المحل المتمدى تشقق في البشرة او خلافه من جروحها وبعد عض الانسان بعضه متسممة فالظاهر ان ظهور المرض او عدمه متعلق بدرجة الاستعداد الشخصي واقل ما هنالك انه ثبت في الكلاب بواسطة التلقيح المتكرر ان هذه الحيوانات ذوات استعداد مختلف بالنسبة للتأثر من سم الكلب وعلى كل حال فالتقاويم الخاصة بعدد الاشخاص المصابين بعد عضهم من الحيوانات المكروبه غير مطابق لبعضها ومتى تمسكنا بالقول ان الكلب لا ينشأ الا عن تلقيح الدم الكلبى بلا واسطة التجاننا لرفض القول بان عض حيوان مغضب تهيج وغير منسكاب او غير متم لشهوانه التناسلية او المحروم من الماء او المعرض لحرارة الشمس الشديدة يحدث لهذا المرض فان داء الكلب وان كثرا انتشاره في فصل الصيف وجب توجيهه ذلك بامر اخر وهو ان الكلاب في اثناء الصيف يكثر جريانها في الطرق فيتكرر قربها من حيوانات مكروبه

**\* (الصفات التشريحية) \***

لا يوجد في جثث الهالكين بالسكب تغيرات واصفة لهذا المرض وأكثر ما يوجد في الجثة تيبس رمي عظيم واحتقانات انحدرارية رمية ممتدة وتعفن سريع بحيث يوجد في كل من الاوعية والقلب والمنسوج الخاوي حويصلات رمية بعد الموت بقليل وارتشاح عظيم في التامور وجدر الاوعية واحتقان واوذيم الدماغ واغشيته والنخاع الشوكي وبعض العقد العصبية السمباثوية والاعصاب واحتقان وانتفاخ وتجمع مادة مخاطية لزجة في تجويف الفم والحلق واحتقان انحدراري واوذيمي في الاجزاء الخلفية من الرئتين واحتقان في الغدد البطنية العظيمة وجميع هذه التغيرات لا سيما احتقان المراكز العصبية والاعصاب الذي ارتسكن اليه في توجيهه هذا المرض ليستقارة الوجود ويظهر انها تحصل قبل الموت بزمن قليل بسبب الاضطراب الذي يحصل في التنفس والدورة في اثناء النوب وقد شاهدت بعض احوال اتضح فيها عند الكشف على الجثة انتفاخ عظيم في اللوزتين والجهاز الغددى الجرابى لقاعدة اللسان والحلق وهذا التغير مطابق لما شاهدته ورجوف

**\* (الاعراض والسير) \***

جميع احوال السكب التي شوهدت وشرحت جيداً مطابقة لبعضها فاما زمن التفريخ فاختلقت فيه الاقاويل أما القول باتضاح السكب عقب عض كلب مكروب بعد ١٠ سنوات او ٣ وكذا القول بالقاحه بعد اليوم الاول او الثانى من العض فبنى في الظاهر على مشاهدات غير دقيقة واقصر مدة لزمن التفريخ يظهر انها من ثلاثة ايام الى عشرة واطولها من سنة ونصف الى ٣ وفي معظم الاحوال يكون هجوم هذا المرض من العشرين الى الستين يوماً بعد العض واسباب اختلاف مدة زمن التفريخ غير واضحة لكن يظهر انها في زمن الشبوية اقصر منها في زمن الشيخوخة وفي العادة تكون الاشخاص المصابة في اثناء زمن التفريخ متمتع بصحة جيدة واماماذكره ماروشيتي من انه يظهر في اثناء دور التفريخ حويصلات أسفل اللسان وانه بافسادها يتجنب طرؤ هذا المرض فلم يتحقق بالتجارب وانما يشاهد في بعض الاحوال نحو انتهاء زمن التفريخ أعينى قبل هجوم هذا المرض بيومين او ثلاثة



بعض تغيرات في الجرح الواهي غالباً وفي أثره التحامه ان كان قد التأم  
فيصير الجرح ذاهية من رقة مؤلماً واثره الالتحام التي تتكون بعمر عسة  
عادة تلتهب وتصير حجرة او من رقة مؤلمة عند اللمس وبعض المرضى يشتكي  
باحساسات مؤلمة ذاتية في الجرح وفي أثره التحامه تتشعب نحو المر كزاد  
تشتكي باحساس يتنمل في الجزء المعضوض وفي كثير من الاحوال تفقد هذه  
التغيرات في محل تأثير السيم الكلي

وفي الدور الاول لهذا المرض وهو دور الهجوم يوجد عند المرضى نوع تعب  
وهبوط واضطراب في النوم وفقد في الشهية والام في الرأس ويندر وجود  
حي خفية وجب مع هذه الظواهر غير واضحة فاهاتو جد في الدور السابق  
الكثير من الامراض وكل من الخلق المتغير والفرع والحمود الذي يوجد  
فيه هؤلاء المرضى ادى لتسمية هذا الدور بالدور الما الخولي وكثيرا ما يكون  
الحمود العقلي غير عظيم مثل الاضطراب العمومي كالمر يض القوي الذي  
شاهدته بنفسي وحيث ان ظواهر الحمود تحصل عند غير هؤلاء الاشخاص  
من المرضى الذين يعتقدون وقوعهم في خطر عظيم فلا ينبغي اعتبار هذا  
الاضطراب العقلي تغيرا مرضيا خاصا بداء الكلب (والاحوال المادرة التي  
فيه ما يحدث التأثير العقلي عقب عض كلب سليم او مظلون فيه بالكلب  
اضطرابات عقلية مشابهة لا ينبغي اختلاطها بالكلب الحقيقي) وبعض  
المرضى يشتكي في اثناء دور الهجوم بضغط في قسم المواد ويحصل زما قمرنا  
شهيق عميق تنهد في اثنائه يدفع الجباب الحاجز القسم الثراسيني  
الى الخارج ويرتفع الكتفان الى اعلى بواسطة العضلات الرافعة لهما  
والاربعة اظهرية وهذا الشهيق القوي غير الارادي يكون العلامات  
الابتدائية من التشنج التيتنومي لعضلات الصدر الذي يكون العرض  
المخوف والاكثر ايلاما للمريض في الدور الثاني لهذا المرض ثم بعد استقرار  
دور الهجوم من يوم الى يومين ويندر ان يكون اكثر من ذلك يبتدى الدور  
الثاني وهو دور التشنج او دور الفرع المائي بنوبة اختناق تطرأ فجأة عند  
ما يريد المريض الشرب وحينئذ يتعذر عليه بالسكية شرب الماء ولو نقطة  
واحدة فانه يوصل الماء الى فيه وحصول حركات الزدرا تطرأ تشجات في

عضلات الازدراد والتنفس من طبيعة انعكاسية فالصدر يرتفع على دفعات  
ويبقى على وضع الشهيق العميق من ١٠ ثوان الى ٢٠ وفي أثناء هذا الزمن  
يظهر على سحنة المريض صورة الضجر والرعب وتنفتح الاعين وتجذب  
الكتفان الى الخلف ثم يقب ذلك زفير طويل وبهذا ينتهي الدور

فالفرع من الماء عبارة عن نتيجة لتجربة المهولة التي فعلها المريض عند  
ارادة الشرب وعين ذلك لم يحصل فقط في الحالة التي شاهدتها عند مريض  
قوى جسور وكان يجرب الشرب جملة مرات بدون انزعاج ورعب الى أن تم  
الفرع من الماء عنده بل في جميع احوار الكلب التي شوهدت وشرحت  
بالدقة وحينئذ لا يعتمد على المشاهدات القائلة بان الفرع من الماء عرض  
أولى بطرأ من ذاته وكما تكررت النوب ازداد الفرع من الماء وحينئذ  
فاجبار المريض على الشرب باعطائهم كوبا الماء يوقعهم في قلق شديد فيصير  
نظركل ككوبه ماء او جسم لماع يذكركم لون الماء مفرعا للغاية ومن  
المستغرب ان ازدراد الجواهر الغذائية الرخوة في الابداء لا يعتب على  
الدوام بتشخيصات انعكاسية لكنها تطرأ عند ارتقاء هذا المرض ولها أسباب  
اخرى فتأثير تيار الهواء مثلا الذي يصادم الجلد وملامسة جوهر بارد أو تهيج  
العينين بضوء قوى او اللفظ الشديد بل والمنبهات الفجائية العقلية للمرا كثر  
العصبية والمرئيات المزعجة يمكن ان تحدث هذه النوب وطبقا لما شهدنا  
لا تشترك عضلات البلعوم في التشخيصات الانعكاسية التي تنتج عن تهيج اجزاء  
اخرى خلاف الفم والحنك فان المريض الذي شاهدته عندما ساء فجأة كان  
يفتح فاه بالكلية ويميل براسه الى الخلف ويرفع صدره الى اعلى ويزرقه  
الشرايين ومع ذلك فلم يحصل التشنج البلعومي وعند ارتقاء هذا المرض  
الى اشد درجاته يظهر ان النوب تطرأ بدون اسباب لكنني اظن ان هذه  
النوب الذاتية في الظاهر تعتبر تشخيصات انعكاسية وتنشأ اما عن تراكم مواد  
وم او الالعاب السائل منه وهذا القول يرتكز فيه الى السرعة

وعدم الماى انتهى بهما ينقذ في الالعاب والى التجربة التي فعلها المريض  
بادخال الاصبع ادخالا عميقا في الحلق لاجل تبعيد المواد المخاطية واللعابية  
منه وما عدا ذلك فقد تحصل مدة النوب ظواهر تشنجية وانقباضات



تيتنوسية في عضلات الظهر وتشجيات متقطعة في بعض عضلات الجسم  
او جبهه

ثم انه ينضم للاعراض السابق ذكرها نوب جنون شديدة جدا يصير في  
أثنائها ضبط المرضى بل ولا يندر قصدا عدم حياتهم بيدهم ان لم يضبطوا  
جيدا او يكون المرضى تعض وتفعل أصواتا نهجية أو نحوها غير متقطعة  
لا يحصل ذلك في النوب الجنونية لهذا المرض أكثر من حصوله في النوب  
الجنونية التي تشاهد في أثناء سير الامراض العقلية الاخرى ولا يندر ان  
تحدث المرضى بنفسهم في أثناء الفترات التي يندر أن تستمرز يادة عن ربع  
ساعة او نصف ساعة أهأها ومن كان محيطا بها وترجأهم السماح مما سبق  
منها من قلة الادب وتوصي على أحوالها مع سلامة العقل وتخير بقرب موتها  
وبعد استمرار النوب التشنجية أو الجنونية مدة يومين أو ثلاثة مع الازدياد  
والتكرار تفقد شدتها عند تقدم ضعف المرضى ويندر حصول الموت عند  
ارتفاع هذا المرض الى أشد درجته في أثناء نوبة قوية مستمرة بواسطة  
الاختناق بل العادة ان يزداد ضعف المرضى من ساعة الى اخرى وينج  
الصوت ويصير ضعيفا والتنفس سطحيا ويصغر النبض ويصير غير منتظم  
وسر يعاجدا ثم يحصل الموت بطواهر شلل القلب وقد يطرأ ذلك بعد حصول  
تحسين يغتر منه

ور بما توهم ان نوب الجنون التي تطرأ في أثناء سير الكاب انما هي مجردة  
نتيجة اليأس وان من الجائز ان الشخص غير المصاب بالكاب المالكاب  
لا لام الاختناق في فترات قصيرة مدة يوم او يومين يقع كذلك من حالة اليأس  
في الجنون ومما يرتكن اليه في ذلك التجارب المعلومة من أن الاشخاص ذوات  
الطبيعة المتباعدة لا تقع في الجنون عند الاصابة بالكاب لكن هناك امور تنافي  
هذا القول لاسيما الامر المحقق من ان فقد الجنون ولو عند من ذكر من  
الاشخاص ذوات الطبيعة المتباعدة اي عديمة الاحساس بعدم النواذر  
العظيمة وكذا الدرجة الشديدة التي يصل اليها الجنون عند المصابين بداء  
الكاب فمن الاقرب للعقل ان الجنون عند هؤلاء ليس ينبوعه تعقليا بل  
ناشئ عن ثوران مرضي منعكس يمتد من المراكز العصبية المحركة لا عصاب

البلعوم والتنفس الى الاعضاء المركزية لاوظائف العقلية  
ثم ان الوقوع في الخطا بالنسبة لتشخيص داء الكلب لا يحصل الا متى خفى  
على الطبيب معرفة السبب فان الاشخاص غير المتدنيين يهملون في اخبار  
الطبيب بعضة الكلب الواهية التي شفيت بسرعة من منذر من طويل لا سيما  
وانهم لا يعتبرون الكلب الذي عضهم مصابا بداء الكلب فان هناك تجارب  
عديدة ثبت منها ان عضة الكلب نتج عنها هذا الداء قبل هجومه عنده  
في اثناء دور تفرج هذا المرض اعني من الاسبوع الثالث الى السادس وقد  
توجد بعض مشابهة بين نوب الكلب والتيتنوس اللذين فيهما قاطبة التنبية  
المنعكس ترتقي ارتقاء عظيم ما بل وقد تظهر تشجات تيتنوسية في اثناء  
نوبة الكلب مع تشجات عضلات الازدراد والتنفس لكن من المعالوم  
انه في التيتنوس يزول التغيب في التشخيص متى سبق ذلك اصابة المريض  
بجرح فان هذا الجرح يندرج جدا ان يكون ناتجا عن عض حيوانات سيما  
الحيوانات المظنون فيها بالكلب وكذا يسهل غالبا معرفة الظواهر الكلبية  
الشكل التي تظهر في اثناء نوب الجنون الحاد وفي الاشخاص البوخذندار بين  
والاستيريات المتسلطن على افكارهم بانه معتريهم داء الكلب

ثم ان انذار داء الكلب يكاد يكون على الدوام مخسرا متى مضى دور التفرج  
وظهرت الاعراض الابتدائية لهذا المرض ومع ذلك فهناك اقوال  
يظهر انها تدل على حصول امكان الشفام لهذا المرض وهذه الاقوال  
ان كان يشك في تصديقه لكن لا يمكن عندنا تأكيدها في اعتبار جميعها  
باطلا بل من اعتبار احوال التيتنوس القرية من الكلب وغيرها  
من الامراض العصبية الوظيفية يمكن قبول القول بحصول الشفاحيانا  
من داء الكلب ولونادرا

### المعالجة

المعالجة الواقية تكون بحبس الكلاب من طرف الحكومة المحلية عند  
ظهور احوال من داء الكلب وهذا امر ضروري وانما تأخر حصوله غالبا  
فان الحيوان المكروب يكون قد عض غيره من الكلاب او الادميين الى حين  
الاستشعار بوجوده ويوضع كمامات في افواه الكلاب وهي واسطة غير كافية



أيضاً فان تلك الكلمات تكون غالباً مصنوعة بكيفية لا تنقي مع التنا كبد  
من عض الحيوانات ولان اجراء تلك الواسطة والمحافظة عليها عسر جداً  
فالواسطة الواقية الا كيدة هي وضع مغرم جسم جداً على اصحاب الكلاب  
وغيره من الامور التي يترتب عليها تقليل عدد اقتناء الكلاب جداً

ومن المهم عدم قتل الكلاب المظنون فيها الكلب بل تحبس وتلاحظ  
احوالها بالدقة فان الموت الذي يطرا على الكلب منها بسرعة والظواهر  
التي يحصل معها أهم النسبة للحكم على كونها مكلوبة من الصفات التي يحمية  
اذ لا يتيسر من فعل تلك الصفات عند الكلاب المظنون فيها الكلب مع  
التأكد كونها مكلوبة أم لا سيما ان صار قتلها فجأة فقد ترتب على الاقوال  
الظنية من هذه الحيثية ضرر عظيم وقصارى الامر ان عدم ثبوت شئ  
بالصفات التي يحمية سوى التغيرات النزلية في الغشاء المخاطي والدم  
الكثيف وعدم وجود تغيرات مهمة في اعضاء الكلاب المظنون فيها الكلب  
توجه بها الظواهر المرضية والموت الفجائي من الامور المهمة التي يرتكن  
اليها في تشخيص الكلب مدة الحياة سيما عند وجود بعض الجواهر كالشعر  
والفش والخرق في معدة تلك الحيوانات ونحو ذلك من الاشياء التي لا توجد  
عادة في معدة الكلاب السليمة وتزدرد ها بكثرة الكلاب المصابة

ومنى عض شخص من كلب مظنون فيه الكلب تستدعى ولا بد المعالجة  
الواقية افساد المحل الامس للسم بسرعة ونوصى بانه من الضروري اعتبار  
الكلب في كل كلب بعض بدون مهارشة او تعرض اريض بدون ميل له سابقاً  
في ذلك والجروح الصغيرة القليلة الادماء تفسيراً كثر خطراً من الجروح  
العظيمة الواسعة الدائمة بكثرة فانهار بما تخلصت بذلك من سم الكلب  
الملقح فيها ومن الامور التي تنقي بها تلك الجروح غسلها بالدقة ومصرها ولوانه  
لا يرتكن الى هذه الوسائط فالاجود قطع الاجزاء الموضوعة الصغيرة وكي  
سطح الشقوعة دما تكون جروح العض عظيمة ومدة فالتعين في ذلك  
الكى على حدة اما بواسطة الحديد المحمى او هو الاجود بواسطة  
كاوكيم او سمل الذوبان فانه يصل بسرعة الى جميع اجزاء الجرح زيادة عما  
يصل اليه الكى بالحديد وبفضل عن كل من زبدة الالتمون وحض الكبريتيك

وتحضر الازوتيك وغيرها من الجواهر الكاوية البوتاسا الكاوية فيكوى  
 بها الجرح بقوة بعد غسله بالدقة بواسطة محلول حمض الفينيك ومما يوصى  
 به ايضا عدم ترك الجرح ونفسه للشفا عقب انفصال الخشكر يشة بل حفظه  
 في التنجيم زمانا طويلا باستعمال المراهم المهيجة وهذه الوسائط وان لم تكن  
 أكيدة جدا لكن يؤمل فيها النجاح غالبا كما يورد باستعمالها بل ولا يصح  
 تركها في الاحوال التي فيها يكون قد مضى على الجرح عدة أسابيع وزيادة  
 عن ذلك يعتبر من الوسائط الواقية استعمال الاستحضارات الزبقية الى طرق  
 التلاعب مع استعمال مقادير عظيمة من البلادونا ونحوها من الجواهر المعتبرة  
 مضادة للكاب ومن المشكوك فيه كون هجوم هذا المرض صارا متناحرا  
 باستعمال أحد الجواهر الاتية وهي الكين والاترويين والزنخ ونحو  
 ذلك فان هذه الجواهر لم يكن لها أدنى تأثير مسكن بعد ظهور هذا المرض فلا  
 تستعمل الا لتسكين روع المريض فقط

ومتى انضج هذا المرض فالامل في شفائه بل في تلطيف مكابدات المرضى  
 قليل جدا وخدمة المأكو بين عشرة للاغاية فلا ينط بها الا الاثنا خاص اصحاب  
 ذمة وجرأة ولا تستعمل الوسائط الجبرية الا عند الضرورة فانها تزيد في شدة  
 النوب وينبغي تجنب كل المؤثرات المضرة التي ينشأ عنها تردد نوب التشنج  
 وهجوم نوب الجنون ولاجل تلطيف عطش المرضى ينبغي استعمال حقن  
 صغيرة من الماء البارد زمنا قريبا فانها تمتص بسهولة وتحملها المرضى  
 وفي الاحوال الحديثة يمكن استعمال القصد عند الشبان الاقوياء بل ويسوغ  
 تكراره حيث ينتج عنه تلطيف النوب وقتيا ولاجل تلطيف مكابدات  
 المرضى تستعمل المركبات الافيونية او الحقن بالمرقن تحت الجلد بمقدار  
 عظيم ولا سيما الاستنشاق بالكور وفورم حتى يحصل الخدر ولاجل تغذية  
 المرضى الذين لا يمكنهم الا زرداد تستعمل لهم الحقن المغذية او ادخال سوائل  
 مغذية في المعدة بواسطة المجس المروى

\*(الفصل الثاني)\*

\*(في الامراض التسممية المزمنة)\*

\*(المبحث الاول في الداء الزهري)\*



قد حصل في محث الداء الزهري في العصر المستجد تنوع عظيم بحيث انه قد صار قبول الآراء المستجدة بسرعة من معظم المؤلفين المخصوصين بهذا الفن حتى من كان منهم مضادا لها بالسكية من منذ سنين قليلة ونحن كذلك وان كنا قد ذهبنا فيما تقدم الى ان الرأي القديم القائل بان العدوى بسم زهري واحد ينتج عنها آثارا اصابة موضعية زهرية وتارة أخرى ينتج عنها مع ذلك تسهم عموي زهري في الجسم بتمامه غير واضح وغير قريب للعقل وملنا للرأي الجديد القائل بان تنوع النتيجة واختلافها ينبغي عليه تنوع السبب واختلافه أيضا معني أنه يوجد نوعان من السم الزهري احدهما ينتج عنه على الدوام اصابة موضعية أي قرحة زهرية تنشأ في محل تأثيره كما ينشأ عنه احيانا التهاب وتقع موضعي في العقد اللينقاوية المجاورة وثانيهما ينتج عنه على الدوام مع لاصابة الموضعية اصابة بنية أي عومية وتغيرات غذائية منتشرة في الجسم الا اننا مع ذلك لم ننضم الى هذا الرأي المستجد القائل بازدواج السم الزهري انضماما صر بحامثل ما نحن عليه الآن وبعبارة أخرى لم تتبع الرأي القائل بان السم الزهري اثنان لا واحدا تباعا صر بحا ونظن انه من المفيد جدا للقارئ بيان الرأي القديم الذي كان منتشر او متبع في السابق على القرحة الزهرية الاولى والنسب السائدة بينهما وبين الاصابات الزهرية الثانوية وهو انه كان يقال ان افرازا القرحة الزهرية الاولى ذو خواص سمية بها تحدث قرحة زهرية اولية متى أثر على جزء من الجمارع عن بشرته أو ذى بشرة رقيقة جدا وذلك باحداث التهاب جلدي نوعي في محل تأثيره وانه في كثير من الاحوال ينطفي بذلك تأثير هذا السم الزهري ويحول كلية بحيث ان امكن فساد القرحة الزهرية الاولى أو شفاؤها بها قبل ان ينشأ عنها تسهم في البنية بتمامها بقي المرض موضعي الكن ان لم يتأت ذلك اعقب القرحة الاولى الموضعية بعد تسهم الجسم بالسم الزهري وانتشاره فيه اضطرابات غذائية في اجزاء بعيدة من محل الاصابة الموضعية وهي الاصابات الزهرية التابعة انشائية والثلاثية وكان يعتبر التبيس الذي يتكون في حواف القرحة الاولى أوقاعها علامة مهمة بها يستدل مع التأكيدي ان تسهم الجسم بالسم الزهري آخذ في الحصول او انه قد حصل

بالفعل ولذا كان من الواضح ان القروح الزهرية الاولى المديثة غسيرة  
التيبسة كان يجتمد في فسادها بواسطة السكاويات الشديدة وأما القروح  
القديمة التيبسة فانها كانت تعالج بواسطة الجواهر الدوائية المضادة  
للسكران يا الزهرية سيما بواسطة المركبات الزئبقية التي تعتبر فوهية  
في هذا المرض ومضادة للسم الزهري وبالجملة فقد اعتبر اغلب المؤلفين  
المشتغلين بالداء الزهري تبعا للعلم (ريكور) ان هذا المرض لا ينتشر الا  
بواسطة الاصابات الزهرية الاولى اعني ان افراز القروح الزهرية الاولى  
هو الحامل الوحيد للسم الزهري وان هذا السم لا يوجد في افراز الاصابات  
الزهرية الثانوية ولادم المصابين بالداء الزهري ولا في افرازاتهم لكن  
هذا الرأي لم يتفق عليه الاطباء المشتغلون بالطب العملي ونحن ان اردنا  
توضيح كيفية ما وقع كل رأي من هذا المذهب في الخطا بعد الاخر ثم نفيه  
بالسكينة حتى صار التأكيده من ان هذا المذهب كله مبني على خطأ في توجيهه  
حقايقه لطال علينا الامر وخرجنا عن الموضوع وانما عند ايضاح المذهب  
الجديد وبيان سند كرمع الاختصار بعضا من أوجه هذا الخطأ

ولنتسكلم أولا في هذا المبحث على الشنكر اعني القرحة الزهرية الرخوة  
الموضعية ثم على الخبز جل الزهري الحاد أو القرحة الغددية الزهرية ثم نعقب  
ذلك بالتسكلم على الداء الزهري البني الذي أول ظواهره التيبس الزهري  
الاولى والقرحة الزهرية الاولى اليابسة ولا نسمى هذه القرحة الاخيرة  
بالشنكر فلانطلق هذه التسمية عليها تبعا لمعظم المؤلفين المستجدين بل نجعل  
هذه اللفظة خاصة بالقرحة الزهرية الاولى الرخوة الموضعية فنقول أولا

### \* (في الشنكر) \*

(تنبه لا مانع من افراز الشنكر) وشرحه بالمعنى السابق عن فن الداء  
الزهري تبعا للمذهب المستجد وشرحه مع الشيلان المجري وعده من امراض  
الاعضاء التناسلية الظاهرة غسيران هذا الامر وان كان فيه زيادة دقة  
والتفات ليس جيدا بالنسبة للطب العملي لكثر وجود القرحة الرخوة مع  
التيبس الزهري والقرحة الزهرية اليابسة في آن واحد  
الشنكر ويسمى أيضا بالشنكر الرخو عكسا للقرحة الزهرية الاولى اليابسة



المسماة بالشنكر اليابس وسماه بعض المؤلفين بالشنكر وشبه الشنكر  
بجلاف لفظ شنكر فاطلقه على القرحة الزهرية الأولية اليابسة  
وبالجملة فبعض المؤلفين المختصين بالداء الزهري يسمون الشنكر بالقرحة  
الزهرية التسممية الموضعية خلافاً للقرحة الزهرية الأولية اليابسة فيسمونها  
بالقرحة الزهرية التسممية الانتشارية والأولى اتحاد المؤلفين على تسمية  
هذين المرضين منعاً للغلط الناشئ من اختلاط التسمية فتعني بالشنكر  
القرحة الزهرية الرخوة الموضعية فقط

\* (كيفية الظهور والاسباب) \*

لا نتعرض هنا للكلام على ينبوع سم القرحة الزهرية الرخوة الموضعية أي  
الشنكر اذ لا يمكننا الحكم عليه انما من الامور المعلومه غير المشكوك فيها  
ان سم الشنكر لا يظهر ظهوريا ذاتيا وانه الى وقتنا هذا لم نعتز هذه القرحة  
احدا الا و يكون قد حصل عنده تسمم بمادتها السمية فالقرحة الزهرية  
الرخوة حينئذ تعد من الامراض المعدية المحضة ولذا يجوز تسمية سم القرحة  
الزهرية الرخوة بالاصل المعدي الشنكري

ثم ان الاصل المعدي لهذه القرحة ليس من طبيعة طيارة مثل الاصل المعدي  
لكل من الحصبة والقرمزية والجدرى حيث لا يمكنه الانتقال بواسطة الهواء  
وعدوى الاشخاص المغمورين فيه بل انه ذو طبيعة ثابتة متشبث بافراز  
القرحة الشنكرية والشنكرية الغددية ولا يمكن اثبات وجود سم هذه  
القرحة في الافراز الحامل له بواسطة البحث الميكروسكوبي او الكيماوي فان  
القيح المعطى للشنكر وتحصل الخبز جل الشنكري الغددي لا يختلف في شيء  
بالنسبة لشكاه وتركيبه الكيماوي عن غيره من الافرازات القحي لقروح  
اخرى ومتحصل خراجات غددية اخرى والاسمعة اذ لا اصابة بالقرحة  
الزهرية الرخوة منتشرة جدا وربما كان انتشار الاسمعة اذ لا اصابة بها زيادة  
عن غيرها من الامراض فانه يظهر ان كلامنا من الس والنوع والبنية ليس  
له ادنى تأثير لكثرة القابلية بالعدوى بالاصل المعدي لهذه المرض أو قلتها  
واما كثرة اصابة الاشخاص البالغين المتمتعين بقوة الشهوية بالشنكر  
زيادة عن الاطفال والشيوخ والاقوياء الضعفاء وكثرة اصابة الرجال

لهذا زيادة عن النساء فانها لا تنسب الا الى تعرض الاواين دون الاخرين لا  
 لزيادة قابليتهم للعدوى وبسبب اصابة الاشخاص ارقاب بشرة الجلد وعدواهم  
 بهذا المرض زيادة عن غيرهم وماذا لك الا من كونه يستري بشرتهم  
 تفرق اتصال باقل. وثرأ واجتسكاك وبذلك يؤثر السم الزهري على الادمة  
 العارية مباشرة

وقد استنتج من تلقح سم القروح الشكرية بالصناعة ان الاصابة المتكررة  
 بالسم الشكري ينتج عنه انطفاء الاستعداد للاصابة والعدوى به  
 ثم ان عدوى القرحة الزهرية الرخوة أكثر حصولها يكون بواسطة الجماع  
 مع شخص مصاب بها فان العدوى وان أمكن حصولها بواسطة التقبيل أو  
 الاحتكاك أو استعمال المراحيض أو شبكات الدخان أو كوبات الشرب أو  
 غيرها من الاواني الملوثة بالأصل المعدى الشكري وكذا الاطباء والقوابل  
 عند جس النساء والعكس بالعكس بمعنى ان النساء قد يحصل عدواهن  
 بواسطة جس الاطباء أو القوابل لكن الا ان جميع هذه الاسباب المنتمية  
 لحصول العدوى بالقرحة الزهرية الرخوة نادرة جدا بالنسبة لحصول هذا  
 المرض بواسطة الجماع الدنس ولو بالغ فيها كثير من المرضى

وتفرق اتصال الادمة أو البشرة عند الجماع في المحال الملازمة للسم  
 الزهري من أعضاء التناسل يعين على حصول العدوى لكن ليس من  
 المثبوت حصول تفرق الاتصال المذكور على الدوام حتى يحصل العدوى بل  
 لا يندر بعكس ذلك حصول قروح زهرية رخوة في محال من أعضاء التناسل  
 لا يشاهد فيها ولو بالبحث الدقيق جسدا أدنى تفرق اتصال في البشرة عقب  
 الجماع حالا وكذا يحصل العدوى في الاجزاء الرقيقة البشرة جدا بدون تفرق  
 اتصال فيها كالشفة بين وحلمة الثدي وأما الاجزاء السمكية البشرة كالأيدي  
 فانها تلامس السم الزهري بدون أدنى تأثير ما لم يوجد في البشرة تفرق  
 اتصال

فالجماع الغالب للقروح الزهرية الرخوة تبعاً لذلك هو الأعضاء التناسلية  
 واندر من ذلك حصولها في الاستوبين الشدين وفي الفم والأيدي



## في الاعراض والسير

دور تقرح الاصل المعدى للشنكر قصير جدا تبعه المعظم المؤلفين المعتبرين بل ذهب السمرى الى ان لا يوجد دور تقرح لهذا المرض وانه يعقب تأثير السم حالات تغيرات في محل تأثيره لا تدرك في معظم الاحوال بسبب دقتها

وسير القرحة الزهرية الرخوة الملقحة بالصناعة هو انه متى لقم بالمادة السموية المنفردة من هذه القرحة أسفل البشرة بواسطة وخزريشة لا تشاهد تغيرات في محل التلقيح في الاربع والعشرين ساعة الا اول ثم بعد ست وثلاثين ساعة يشاهد احمرار خفيف و بعد ثمان واربعين ساعة تشاهد نكته محيرة ثم في أثناء اليوم الثالث ترتفع هذه النكته وتصبح حلقة مطحية وفي اليوم الرابع تنشأ حويصلة محاطة بهالة جراء وذلك عقب ارتفاع البشرة ومتحصل هذه الحويصلة يصير في اليوم الثاني مصفرا صديدا بحيث تسحقيل الى بثرة والجزء المغطى لهذه البثرة ينفجر من اليوم الخامس الى اشامن اويجف مع تحصيل البثرة نفسها فيشاهد عقب انفجار البشرة اوسقوط خشكر يشتمل على كونه الجافة قرحة في عظم رأس الدبوس او العدسة وهذه القرحة تكون مستديرة غائرة في الجلد وحافة محاطة باحمرار اوديماوي وتكون مقطوعة باستواء وفي اليوم التالي لذلك تتسع القرحة وتغظم لان كلال من قاعها وحوافها يتر به تغيرات تهاجي دقة يري والمون السنجابي اقاع القرحة الشبيه بالشجيم الوسخ ينشأ عن كون جزئيات جوهر هذه القرحة يقع في التأكل والغساد ويسكون الفساد الدفتيري في دائرة القرحة غير منتظم تكنسب هذه القرحة شحلا مشرزا وصار افسادا الجزء الملقح في الايام الاربعة الاول بواسطة جوهر كا واماكن غالباً قطع سير التغير المرضي التقرحي المفسد الذي ينتج عن السم الشنكري واما بعد اليوم الرابع فلا يمكن ذلك غالبا

واما سير القرحة الزهرية الرخوة العارضية ففية يعقب تكون النكته الجراء او الحلقة التابعة لها نفاس في البشرة بجملة مرات فينشأ عن ذلك تسليخ او فقد جوهر او ان هذه القرحة تعقب حويصلة او بثرة تنفجر وانها وهو الغالب تعقب جرحا خطيا على هيئة الشق الرفيع متصفا فلا ياتشم بل يتغطى بنضج

وسخ والقرحة الماشئة بهذه السكيفية لا تظهر دائماً وأوصاف مخصوصة بحيث  
يمكن تمييزها عن غيرها من القروح ولذا يجب على الطبيب في مثل هذه  
الاحوال المتغيب فيها ان يلقي للمريض نفسه في احد الخدود بالافراز  
المأخوذ من القرحة ثم تغطي وخزات التلقيح بلوحة مقطرة من الزجاج تثبت  
باشربة من مشمع وسند ذكر فيما يأتي ان التلقيح بافراز القرحة الزهرية  
الرخوة عند المصاب بها لا يحصل منه نتيجة تاجعية مان شبح التلقيح وظهر في  
محل التغيرات السابق ذكرها فلا يشك حينئذ في أن المريض مصاب  
بقرحة زهرية رخوة وسند كر الآن مع الاختصار الاشكال الكثيرة المشاهدة  
للقرحة الزهرية الرخوة البسيطة غير المضاعفة ثم نذكر فيما بعد تنوعات هذه  
القرحة التي تنشأ عن مضاعفتها بالتيس الزهري وذلك بعد ان نشرح سير  
القروح الزهرية الاولية الرخوة فنقول

اما الشكر الاعتيادي المعروف ايضاً بالفتيري او الغشائي التقرحي فانه  
شكل يعرف بقاعه الشحمي وبتشزم حوافيه او بانقطاعها انقطاعاً  
عامودياً بحيث يظهر فقداً للجوهر كانه منقطع بمخرطة حلقيية ومجلس هذا  
عند الرجال بالاكثر الوريقة الظاهرة من القلفة وجدار القضيب ويندران  
بكون مجلسه الوريقة الباطنة من القلفة والحشفة وقيد القضيب وان كان  
مجلسه قيد القضيب فانه يكاد يتسكون منه قرحة ثاقبة لهذا الجزء عسرة الشفا  
وان كان مجلسه الجزء المنعطف من القلفة على الحشفة امتد بسهولة حول تاج  
الحشفة امتداداً عظيماً ابواسطة تلميحاً الذاتي وان امتدت هذه القرحة الى  
الباطن حصل ارتشاح المنسوج الخلوي الهش تحت الجلد بالا فراز الزهري  
فيمتكون عن ذلك خراجات زهرية وان كان مجلس هذه القرحة في الحشفة  
فانها تغور نحو الباطن زيادة عنما اذا كان مجلسها القلفة ومع ذلك فن المادر  
حصول تشقبات واصله الى قناة مجرى البول بها تتكون نواصير بولية ويندر  
ان يكون مجلس هذه القرحة قناة مجرى البول نفسها وفي هذه الحالة لاخيرة  
تبتدئ القرحة بفوهة قناة مجرى البول فيشاهد حينئذ على شفتي هذه  
الفوهة المنتفختين المحمرتين احمراراً كافاً لجوهر متدشياً فشيئاً نحو  
الباطن وفي احوال اخرى يكون مجلس هذه القرحة غائراً في قناة مجرى



البول فلا يستدل على وجودها الا بخروج السائل الصديدي وبالألام  
القاصرة على مفر محدود من مجرى البول تزداد عند التبول وبالضغط  
الظاهر على هذا الجزء وان كانت هذه القرحة مخنفة في قناة مجرى البول  
ولم تكن مضاعفة بسيلان مجرى امكن معرفتها بسهولة فان قلة كمية السائل  
الصديدي الخارج من قناة مجرى البول تمنعنا عن اختلاطها بالسيلان المجري  
امكن ايضا ان الشخص لا يتأقن الا بواسطة التلقيح واما ان كان الغشاء  
المخاطي لمجرى البول مجلسا لسيلان مجرى في آن واحد بقيت هذه القرحة  
الزهرية غير معلومة غالبا فانه مع غزارة السائل ونقد عدة من الظواهر  
المرضية الواضحة يكاد يميل في فعل التلقيح على الدوام

واما مجلس هذه القرحة عند النساء والعرج سيما الزاوية السفلى وفوهة  
المهبل ومن النادر جدا ان يكون مجلسها قناة المهبل او الجزء المهبل من الرحم  
وعندما يأخذ هذا الشكل من هذه القرحة في الشفاء يزول ابتأ كل والقياد  
من قاعها مع الهيئة الشحمية ايضا (فيقال انها اخذت في النظافة) ويتكون  
على كل من هذه القرحة وحوافها ازرار لينة تعوض بقدا لجوهر شيا فشيا  
وعلى حسب امتداد هذه القرحة وعددها يختلف شفاؤها باندبة الخصامية  
متشعبة كثيرة الوضوح او قليلته وتختلف مدة شفاؤها فقد توجد فروح  
زهرية رخوة تنظف بعد ٨ ايام الى ١٤ وتغطي بازرار لينة وتسخيل الى  
قروح بسيطة اي لا تفرز صديدا قابلا للتلقيح وقد توجد بجملة قروح اخرى  
تنتشر حوله اشهر تأخذ في الاتساع وتبقى حافظة لشكلها الخاص وحوافها  
المشرزمة او المنقطعة باستواء وقاعها الشحمي وصديدها القابل للتلقيح

واما القرحة الزهرية الرخوة السطحية المفرطة فهي شكل يحصل عند الرجال  
على الحشفة والقلبة غالبا وعند النساء بين الشفرين العظيمين والصغيرين  
وفوهة المهبل والجزء المهبل من الرحم كما يحصل عند النوعين على السطح  
الظاهر من الجلد وشكل هذه القرحة ان كان مجلسها الحشفة شوهد غالبا  
على الورقة الباطنة من القلفة قرحة شكلها يشبه بالكلمة شكل القرحة  
لكن كثرة على الحشفة فكانها من طبيعة عليا وشكل هذه القرحة يكون غير  
منتظم وسطحها الظاهر يظهر هيئته كان البشرة ارتفعت من فوقه بواسطة

ماء على وتكون محاطة في دائرتها بحوية مبيضة ولا يعتد بالتقرح والفساد في الغور مطلقا وان كان مجلسها فوهة القلفة حصل تسليخ في الثنيات به يصير جذب القلفة الى الخلف مؤا جدا وكثيرا ما يؤدي هذا الشكل الى اختناق القلفة المقدم او الخلفي وفي الحالة الاولى يكاد لا يمكن تمييزه عن السيلان القلبي الا بواسطة التلقيح وان كان مجلس هذه القرحة الزهرية السطوية ظاهرا للجلد حصل جفاف في افرازها القليل الكمية وتغطية الجزء المتسلخ بقشرة رفيقة بحيث لا يشاهد الا بعد وضع وسائط ملينة ضئيلة للقشرة وحينئذ يشاهد اللون احمر مصفر مغطى بقليل من الافراز

واما القرحة الزهرية الجرايصة فهو شكل يصيب احدا الاجربة الذهبية و يعرف بسطحه الصغير جدا وكثرة غوره وهذه القرحة تحفظ شكلها المستدير المنتظم مدة طويلة من الزمن

واما القرحة الرخوة الا كالهانها تنشأ غالباً عن الشكر الاعتيادي وهذه القرحة تعرف بافرازها الصديدي السائل السكرية الرائحة وبشكلها غير المنتظم وبقاعها غير المستوي السحابي المبيض المتكون من منسوج ونضج منفسدين و يحوافها المشرزمة المزقة وتكون محاطة بها لبراءة نحاسية وتقد بسرعة فتتهلك القلفة والحشفة والجلد الظاهر للقصيب والصفن عند الرجال والشفرين والجمان والجلد المحيط بالاست عند النساء وهذه القرحة الا كالة لا تشاهد الا عند الأشخاص المنهوكي البنية اعتر بهم سوء القنية وتفقده صفاتها الخبيثة عند تحسين حالة البنية العامة وحينئذ ينحدر الفساد فالطبقة الدفترية تنفصل من قاع القرحة شيئا فشيئا فتكون ازرار لحيية سليمة وحينئذ تستحيل هذه القرحة الا كالة الخبيثة الى قرحة بسيطة لها ميل للاتحام ثم اذا لم تحسن بنية المريض وحالته العامة بل حصل اضعافها و افسادها ما زائدة عما كانت عليه سيما باستعمال المركبات الزبقية تضاعف التقرح المفسد الذي يتقدم جسد الجسمي الدقية تملك المريض و يؤل حاله الى الهلاك

واما الشكر الغفري فهو عبارة عن تنوع في القرحة الدفترية الا كالة وقد يخلف القرحة الاعتيادية بان يستحيل كل من قاع احد شكل



القرحسين الاوليتين الى خشك ريشة غنغر ينية ذات لون رصاصي ثم تسود  
وتصير عديمة الاحساس وهذه الخشك ريشة تحسكون محاطة باحمر ادا كن  
وبانتفاخ اوديمياوى عظيم وبامتداد الغنغر يناوسها ابتلاشى جزء عظيم  
من الشفارين والفضيب والجنان بل ويمكن أن تصير حياة المريض في خطر  
عظيم من الاضطراب العام الذي يصاحب حالة التغير الغنغرينى وفي أحوال  
اخرى يمتد التغنغر بسرعة فيشكون حاد فاصلي فتتفصل الاجزاء المتغنغرة  
ويشفى هذا القرح بعد فقد جوهر متفاوت العظم وأسباب تغنغر القروح  
الزهرية الرخوة مجهول لنا فانه قد تشاهد قروح زهرية غنغر ينية بكثرة  
في بعض الازمنة أو أقلها أكثر من ازممنة اخرى عقب مؤثرات غير معلومة  
ومع ذلك فقد يكون التغنغر ناتجا عن اسباب ميكانيكية كمتوتر الاجزاء  
المنتهبة وانجذابها سيما عند المضاعفة باختناق القلفة المقيد او الخافى  
المعروف بالقيورس والبرقيورس

### في المعالجة

كلما زاد انتشار القول بان القرحة الزهرية الرخوة المعروفة بالخشك  
لا تؤدي مطلقا الى الزهرى البنى كلما نقصت العادة الرديشة باستعمال  
المركبات الزيبقية عند المرضى المصابين بهذه القروح وتقدم علم الطب في  
هذا الاتجاه نتجت عنه ثروة علمية بسرعة ولا شك ان هذه الثمرة ذات فائدة  
عظيمة فعملى الطبيب ان يتفطن الى انه سابقا كان نصف الاطباء يعالج  
جميع المرضى المصابين بقروح زهرية رخوة بواسطة الاسهات  
الزيبقية معالجة منتظمة زعماءهم مع الخطاء انهم يحفظون بذلك المرضى  
من حصول الداء الزهرى البنى ومن حصول التيس للقرحة الزهرية  
عندهم وكانوا بذلك يحدثون التلف في صحة المرضى المنوطين بعلاجهم  
بواسطة هذا الجوهر الدمي فالطبيب الذي يعالج الآن مريضه المصاب  
بقرحة زهرية رخوة بسomite بالمركبات الزيبقية يخطئ ولا بد خطأ عظيما  
ومن جهة اخرى نعتقد انه من الخطأ ايضا الاقتصار في معالجة الشكر  
على معالجة موضعية فان هذه القرحة تشفى بسرعة كلما كان الشخص  
المصاب محاطا على استعمال وسائل صحية جيدة ومصونة مدة مرضه عن

الآثرات المضرة عموماً في سمحت حالة المريض ببقائه في محله وجب أن يوصى  
بملازمته لمساكنه أو منعه بالآقل عن المشي غير الضروري وحيث أن أغلب  
المرضى المصابين بالقرحة الزهرية الرخوة يكونون غالباً في حالة الشبوية  
وقوة البنية ويستعملون الماء كل القوة والمشارب الروحية بكثرة ونحو  
ذلك وجب أمرهم في غالب الأحوال باستعمال حمية لطيفة (بأن يعطى لهم  
شربة مائية في الصباح والمساء وثرية من أمراق الأعوم وقليل من الحوم في  
وسط النهار) ومنعهم من استعمال القهوة والنبيذ والبوزة وغيرهما من  
المشروبات الروحية وأعطائهم مقدار صغير من الأملاح المسهلة بأن يعطى  
لهم في الصباح كوباً أو اثنين من المياه الطبيعية المحيطة المسهلة كما يولنا  
وقريد ككهاال والقروح الزهرية الرخوة يحصل شفاؤها بسرعة عند  
استعمال المعالجة المذكورة أكثر مما إذا صار إهمال التدبير الصحي الجيد  
انما ينبغي كما أشرنا إلى ذلك فيما سبق الالتفات إلى حالة الشخص ومعيشتة  
القوية مع الإفراط من الماء كل والمشارب فإن هذا تدبير الغذاء لا ينجح  
بل يحصل منه تأخير في شفاء القروح الزهرية الرخوة إن كان المتسكون به  
مرضى ردي التغذية ومعتريهم حالة سوء القنية فعلى الطبيب أن يوصى مثل  
هؤلاء الأشخاص بتدبير غذائي جيد مع إعطائهم قليل من النبيذ والبوزة  
فإن هذه الوسائط تحدث تأثيراً جيداً في شفاء القروح الزهرية التي نحن  
بصددها

وأما المعالجة الموضوعية للشكر فأنها مؤسسة على القواعد المؤسسة عليها  
معالجة القروح الضعفية فإن هذه القرحة الزهرية الرخوة أوضح نوعاً منها  
فيوصى إلى اليوم الرابع أو السابع بنافس أدوية هذه القرحة وطبيعتها  
بواسطة جوهر كلوراجود الجواهر استعملها هي البوتاسا الكاوية الخاففة  
أو عجينة فينا (المركبة من خمسة أجزاء من الكلس الكاوي وستة أجزاء من  
البوتاسا الكاوية) أو كلورور الزنك الذي ينتج عنه شكر شفافة

بأن يؤخذ من كلورور الزنك ومن زبدة اللاتون من كل منهما جرام ثمانية أعني  
درهمين تمزج أو تعمل عجينة رخوة مع مسحوق جذور الخطمية  
ويفضل سيجهوند المحلول المركز من سلفات النحاس أيضاً جزء منه على أربعة



من الماء واما سبيل فيفضل الحجر الجهنمي على شكل اقلام او محلول مركبة  
جدا اثنان منه على عشرة أجزاء من الماء فان الكي بهذا المحلول يحدث فساد  
غائر في المنسوج المتشبع بالسم الشكري زيادة عن الكي بالقلم  
والاجود عدم الكي بعد اليوم السابع وسقوط الشكر يشة اذ يذ لك يتأخر  
حصول الشفاء بدلا عن تقدمه والا وفق تجنب استعمال المراهم وغسل  
القروح بسائل منبه او قابض خفيف كمنقوع البابونج وتغطيها بنسالة مبللة بها  
واكثر ما يستعمل للغيار على هذه القروح النبيذ العطري والماء الا كال  
الاسود المركب من

ريوق حلو ٣ جرام

ماء الجير ٦٠ جرام

تمزج مع بعض الماء الا كال الاصفر المركب من

بي كلورور الزبيق اعنى السليمانى ٦ سنتجرام (اعنى قهقهة)

ماء الجير ٦٠ جرام

قتيل النسالة من هذين السائلين

ومن الممدوح بكثرة السائل القابض الذى يستعمله المعلم برنس رنج  
وهو محلول كبير يثبات النحاس المركب من

كبريتات النحاس ١ ديسى جرام (اعنى قهقهتين)

ماء قراح ٦٠ جرام اعنى اوقيتين

وان كانت القرحة الزهرية الرخوة مؤلمة جدا كثيرة الافراز والاحياء المحيطة  
بها المثلية فالاجود استعمال مكدرات من محلول خللات الرصاص مع الحمامات  
الموضعية الباردة ويكفى عادة الغيار على القرحة مرتين فى اليوم وذلك بعد  
غسلها بلطف واستعمال حمام موضعى فاتر من منقوع البابونج مع قليل من  
النبيذ العطري فان كثرة التغيير على القرحة غير جيد وان بقي قاع القرحة مع  
اصفرار حده للمعالجة حافظا لهيئته الشحمية وجب ان يذر عليه طبقة خفيفة  
من الراسب الاحمر وان فقدت القرحة هيئتها النوعية الخاصة وتأخر الشفاء  
مع ذلك وجب استعمالها خفيفا بالحجر الجهنمي او الغيار عايم بمحلول كبير يثبات  
الزئبق او خللات الرصاص وان حصل تثقب فى قيد القضييب وجبت المبادرة

بقطع القنطرة الباقية وان لم يمكن الغيار على القرحة بسبب الاختناق  
المقدم للقلقة وجب اجراء الحقن بكيفية منتظمة حتى يمتنع تراكم الافراز  
تحتها وقد يستدعي الحال لاجراء عملية الفيزوس أعنى الختان لكن لا ينبغي  
فعل هذه العملية الا في الاحوال الضرورية جسد امان جميع سطح الشق  
يسحب الى قرحة زهرية

وفي معالجة القرحة الزهرية الاكالة ينبغي ابتداء مراعاة الحالة العامة  
للبيئة قبل اعن الحمية المضعفة يعطى للمريض الاغذية المقوية والنيبذاحيانا  
والسكينا والمركبات الحديدية مع مراعاة النظافة التامة ويوصى باستعمال  
مكمدات من محلول خلات الرصاص المخفف او سترات الحديد او محلول  
كلورور الجير للغيار على هذه القرحة فيؤخذ من خلات الرصاص  $\frac{1}{4}$  ج (من الماء) او محلول  
كلورور الجير من ١٥ الى ٣٠ جرام على ١٨٠ (من الماء) ومعالجة  
القروح الزهرية الغنغرينية مؤسسة على قواعد تشبه السابقة مع ملاحظة  
القواعد الجراحية الموصى بها في معالجة الغنغرينا  
تذيل الشنكر العددي يعرف بالخيرجل الحادو بالخيرجل العددي وبالقرحة  
العددية الحادة

### ❦ كيفية الظهور والاسباب ❦

السم الشنكري كما انه محقق الوجود ولا بد في افراز القرحة الزهرية الرخوة  
بدون ان يمكننا عزله على حدته وانه بقلعه وتأثيره على اجزاء اخرى من  
الجسم يحدث فيها التهاب وتقرح فكذلك قد يمتص هذا السم بالاعوية  
اللينفاوية ويسرى الى الغدد الليمفاوية المجاورة فيحدث فيها التهاب نوعي  
وتقرح والغدد الليمفاوية المتهبة بواسطة تشرب السم الشنكري تسمى  
بالخيرجل الحادو بالخيرجل التسممي والاجود تسميتها بالشنكر العددي او  
القرحة العددية الرخوة ولا تؤدي جميع القروح الزهرية الرخوة الى هذا  
الالتهاب العددي فتجوب هذه الخيرجلات الشنكرية الحادة بالاكثر  
قروح قيد القضيبي ويظهر ان كلامنا من الاهمال في النظافة والمعالجة المهيجة



يعين على امتصاص السم الزهري وحصول القروح الغذدية الرخوة ومن الجائز حصوله في بعض الاحوال النادرة ان السم الشنكري الواصل الى الادمة من خلال البشرة قد لا يحدث في محل نفوذه اضطراراً بتغذية النهاية النهائية تقرحية وانه يمتص بواسطة الاجزاء اللينفاوية ومنها يصل الى الغدد المجاورة فيحدث فيها التهاب نوعي تقرحي والخير جل الذي من هذا القبيل اى الذي لم يسبق بقرحة زهرية رخوة يسمى بالخير جل الابتدائي

### في الاعراض والسير

التهاب العقد اللينفاوية الشنكري يظهر في الاسبوع الثاني او الثالث او الرابع ويندر ان يتأخر ظهوره الى الاسبوع الخامس او السادس وقد يظهر احياناً في الايام الاول بعد ظهور القرحة الزهرية الرخوة واعراض هذه المضاعفة الثقيلة هي احساس مؤلم في الجزء الاربعي قريب من اعضاء التناسل وعند النظر بالبحث والجلس يشاهد في هذا المحل وزم كثير الحساسية جداً مؤلم باقل ضغط وهذا الورم يكون عبارة عن عقد لينفاوية اوربية متفخمة وكل من الالم الشديد الذي لا يكون بنسبة الانتفاخ القليل وقرب هذا الانتفاخ من اعضاء التناسل وكون احد العقد اللينفاوية هو المنتفخ بانفراده وليس بعدد عظيم منها يستنتج منه ان المريض مصاب بخير جل زهري شنكري حاد وليس بخير جلالات عرضية (اى التهاب تابعي في عقد عظيم من العقد اللينفاوية الاوربية) وليس بانتفاخ زهري في العقد اللينفاوية ناتج عن التسمم الزهري البني كما سنتكلم عليه فيما سيأتى ومن النادر ان يتحلل هذا الالتهاب بان يزول كل من انتفاخ العقدة اللينفاوية الملتبسة والمهازول تدريجياً ويبعد عن العقل ان الالتهاب قد امتد من محل التقرح الكائن في اعضاء التناسل الى العقدة اللينفاوية بواسطة الاوعية اللينفاوية بدون ان يكون السم الشنكري قد وصل الى هذه العقدة وبعبارة اخرى ان الخير جل هنا عرضي اى تابعي فان امتداد الالتهاب وسعيه بواسطة الاوعية اللينفاوية الى العقدة اللينفاوية المجاورة ليس بنادر في القروح الجلدية الجيدة واكثر من ذلك حصوله بل قد يحصل على الدوام في احوال الخير جلالات الزهرية الشنكري ان يتمكن صديدي في الغدة الملتبسة بثقب غلاف الغدة

بسرعة في الاحوال الجيدة والجلد المغطى لها والمكتصق بها وفي احوال  
 أخرى يصير المنسوج الخشوي المحيط بالغدة مجلسا ارتشاحا تنهاني في  
 امتداد عظيم فالورم يبلغ حجما عظيما غير قابل للحرك ويتعذر على المرضى  
 المشي فيظهر عليهم تحاشي الجهة المريضة عند المشي ويجتهدون في اخفاء  
 ذلك

وعند الأشخاص الذين يوجد عندهم استعداد للهوى يحصل ارتفاع في  
 درجة الحرارة وسرعة في النبض واضطراب في الحالة العامة وغيرها من  
 الظواهر الحية وحينئذ يمضي زمن طويل قبل ان يحمر الجلد ويتخرج التوج  
 في محل محدود وعند فعل فتحة في هذا المحل بسن مشرطا وانفجاره من ذاته  
 عقب تلون الجلد بلون احمر داكن ورقته وخروج الصديد لا يزول الانتفاخ  
 من الورم الا في جزء صغير بحيث يبقى حافضا لحجم كقبضة اليد ولشكل غير  
 مستو ذي تحدبات وفيما بعد يظهر توج في محلات أخرى يخرج الصديد منها  
 عقب انفجارها لكن كثيرا ما يستمر الحال جملة اسابيع بل واشهر قبل ان  
 يتناقص حجم الورم ولومع تكون جملةخراجات وانفتاحها ويشاهد هذا  
 السير المستطيل المستعصى في الخير جل الحاد متى انسكب الصديد من  
 الغدة اللينة قارية المتهبة الى ما حولها وتكون عنه قنوات ناصورية ونحو ذلك  
 وكذا يصير سير هذا الخير جل مستطيل المستعصى متى انسكب الصديد من  
 الغدة المتقيحة في الاجزاء المجاورة وسرى خلالها وكون فيها قنوات ناصورية  
 او متى لم يمزق الصديد المجتمع في الغدة غلافها الا بعد انتهاء هذا الالتهاب  
 الفلغموني في الاجزاء المحيطة بالتقيح في محال متعددة وبعد انفجار الغدة  
 المتهبة واستفراغ الصديد تبقى قرحة عميقة للقرحة الزهرية الرخوة تنفرز  
 منها مادة قابلة للتلقيح وهذه القرحة تكون ذات حواف غير منتظمة جرا  
 من رقة منفصلة عنها تحتها من الاجزاء ذات قاع شحمتي ولا تميل للاتحام الا  
 بعد زمن طويل والقرحة الشكرية الناشئة عن خير جل متقيح يمكن ان  
 تكسب شكل الشكر الا كال او الغرغريني فينتج عنها في مثل هذه  
 الاحوال تهتكات عظيمة بل وتأتا في الاوعية الفخذية الغليظة والتهاب  
 بريثوني



### في المعالجة

متى انضم الى القرحة الزهرية الرخوة التراب عقدى تسمى كان الامل في التحال قليلا جدا بحيث لا يجدي نفعا غالبا استعمال كل من ارسال العلق والدلك بالمرهم الزيتي ووضع رباط ضاغط وغير ذلك من الطرق العلاجية الموصى بها لاجل تحليل الخرجلات وحينئذ فالأوفق الامتناع عن استعمال هذه الوسائط غالبا والافضل اما تغطية الخرجل الشدكري الحاد بقطعة من الشمع الاعتيادي أو الزئبقى يثبت برباط أوربى أو استعمال المكدمات المبادرة اللطيفة مع الراحة في الفراش والحمية القاسية فانه في بعض الاحوال قد يتحال الخرجل بهذه الطريقة البسيطة وفي غير ذلك من الاحوال قد ينتهى الخرجل بالتقيح بدون تعب للمرضى ومتى ظهر التمدوج بسرعة في جزء محدود من الغدة نفسها ينبغي استفرغها بواسطة شق أو جلة شقوق واما اذا كان المنسوج الخلوي المحيط بالغدة محملا لالتهاب فلتغموني وظهر التمدوج في جزء من الاجزاء المتبرية المحيطة بالغدة لافى الغدة المتقيحة نفسها فلا ينبغي المبادرة بفتح الخراج بل ينبغي التأني حتى يتم تقيج الاجزاء المحيطة بالجزء الاين او يزول تيسرها بواسطة ضغط القيج عليها وعند حصول ذلك وتماها ان كان الجلد المغطى للمحل التمدوج رقيقا جدا ينبغي احالة جميع الجزء المغطى للخراج من الجلد الى خشكر يشة بواسطة مساه مساه بالبو تاسا السكاوية اوضع بحمينة ويدهن وهذه الطريقة وان كانت مؤلمة جدا الا انها ذات منفعة عظيمة لكونها تمنع من تكون قروح ناصورية وحواف منفصلة تعوق الالتحام بل ان هذه الطريقة ينفعصل بها عطاء الخراج دفعة واحدة فتتكون القرحة في اول يوم بعد انفصال الخشكر يشة مكتسبة لشكل قابل للالاتحام وبهذه الطريقة يحصل الشفاء تبعا لتجاربنا في زمن اقرب جدا عما اذا صار شق كل جزء ظهر فيه التمدوج على حدة مع شق القروح الناصورية المتسكونة وكشط الحواف المنفصلة وقد استعمل في العصر المتأخر طريقة علاجية اخرى في معالجة الخرجلات الشنكرية منعلا امتداد التقيح واحداث التحال وهي تغطية الخرجل بمنقطة ثم فتح الفقاعة المتسكونة مع غاية الاحتراس وتعويض البشرة جديدة عقب الغيار على محل

المنقطة غيارا بسيطا وعند حصول ذلك توضع منقطة أخرى وهكذا حتى يزول  
الارتشاح من الاجزاء المجاورة وتتفاخها الذي يأخذ في التحلل خلا بعد  
وضع اول منقطة فان ظهر التورج بعد ذلك يصير اما فتح الخراج او يجب افساد  
الجلد المغطى له بواسطة البوتاسا السكاوية او وضع عجينة وبينه كما ذكرنا  
ولم يشاهد سر يانات صديدية ولا قروح ناصورية في جميع الاحوال التي  
تعالج بهذه الطريقة تبعا للتجاربنا

ومن هذا القبيل طريقة معلمي سيجمونت منع التكون الخراجات الخبرجلية  
وهي المس بصبغة اليود المضاف اليها كمية متساوية من صبغة ثر البلوط من  
ثلاث مرات الى ست في اليوم فوق الغدة المنتفخة مساجتها على سطح الجلد  
وكذا طريقة مص القبح من اراجفة كحقة براواز اذا لم يكن التورج واضحا  
مع مساعدة التحلل بعد ذلك برباط ضاغط وأما معالجة القرحة الخبرجلية بعد  
انفتاح الخراج اما بالمشروط او البوتاسا السكاوية أو عجينة وبينه فتكون جارية  
على نهج المعالجة الجراحية المعتادة فتتظف جيدا من افرازها المهم بالحقن  
المتكرر بالماء الفاتر او الحمامات الجلوسية ثم مل وتجويقها بأكرات من  
النسالة المغموسة في محلول حمض الفينيك وان وجدت غدد سائية في قاع  
القرحة وجب اراتها

### ثانيا في الداء الزهري البني كيفية الظهور والاسباب

مسئلة منشأ السم الزهري البني لا يمكن حلها مثل مسئلة منشأ سم القروح  
الشكرية فان الداء الزهري البني في وقتها هذا مرض معد محض حيث ان  
السم الزهري يتولد في جسم الشخص المصاب به وانتقال هذا السم المتولد الى  
جسم شخص آخر هو بواسطة الوحيدة التي بها ينتشر الداء الزهري البني  
والسم الزهري البني الذي يجوز تسميته حقيقة بالاصل المعدى الزهري  
(وطبيعته مجهولة علينا انه لا يمكننا استحضاره على انفراد ومعرفة خواصه  
الطبيعية والكيمائية) ذو طبيعة ثابتة مثل سم القروح الشكرية فانه  
لا ينتشر في الهواء المحيط بشخص مصاب بالداء الزهري البني لكنه ليس  
مرتبطا بافرازات قروح الزهريه ومثمل التولدات الزهريه فقط بل انه يوجد



كذلك في دم المرضى المصابة بهذا الداء و يظهر ان هذا السم لا يسرى الى  
 الافرازات الطبيعية مثل البول واللعاب ولا الى المتحصلات المرضية التي  
 تكون من امراض تطراء على المرضى فان لقم اطفال سليم مثلاً بالمادة  
 المأخوذة من بثرة جذرية بقرية مأخوذة من طفل مصاب بالداء الزهري  
 فلا يعترى هذا الداء الطفل الملقح له لكن ان كانت المادة الجذرية محتاطة  
 بدم اي بحامل للسم الزهري فلا يصير التلغيع بالمادة الجذرية البقرية فقط  
 بل كذلك بالسم الزهري واما اللبن المأخوذ من نساء مصابات بالداء الزهري  
 فمن المشكوك فيه كونه حاملاً للسم الزهري فان عدوى الرضع بهذا الداء عقب  
 الرضاعة من امراض مصابات بالداء الزهري يمكن حصولها من تسليقات  
 دامية في حلبة الثدي وسند كركيفية انتشار الداء الزهري بواسطة التناسل  
 في المبحث الآتي

ثم ان الاستعداد للاصابة بالداء الزهري منتشر جداً بحيث ان الصبابة عن  
 الاصابة به لو وجدت حقيقة تعد من النواذر العظيمة جداً واما كثرة اصابة  
 الذكور الاقوياء البنية البالغين دون الضعفاء والنساء والاطفال فانما تنبع  
 عن كثرة تعرض الاولين للعدوى به عن الاتخين وتقل سهولة العدوى بالسم  
 الزهري البني كما تقل سهولة العدوى بسم الفروخ الشكرية اذا كانت البشرة  
 سميككة وليست قليلة المقاومة وهذا ثبت اكيداً منفعه الختان  
 وتظهر العدوى اذا كانت اعضاء التناسل نامية بخلاف ما اذا كانت  
 ضامرة ووجود طفح اكرنتيميماوى على الحشفة او القلفة يزيد جداً في حصول  
 العدوى

ومهما كان انتشار الاستعداد للاصابة بالداء الزهري فانه يحصل غالباً عقب  
 انتشاره في البنية صيانة من العدوى به مرة ثانية وهذه الحقائق المهمة جداً  
 تشابه من حيثية الصيانة والوقاية الاصابة بالسم الحصى او القرصى او  
 الجدرى صيانة ووقاية تكسبها الاشخاص الذين اصيبوا بهذه الامراض  
 مرة واحدة فان لقم لشخص مصاب بتيمس زهري اولى او بقرحة زهرية  
 متبسية اولية او كان قد اعتراه ذلك مرة سابقة بالمادة المنفرزة من قرحة  
 زهرية او بسائل حامل للسم الزهري فلا يتحصل من التلغيع على شئ وهذا

الامر هو الذي ادى لغلط الفاحش فان التجارب بالتلقيح كانت تغفل  
 مدة طويلة من الزمن على اشخاص مصابة اولاً بالداء الزهري البني وكان  
 يحكم من عدم نجاح التلقيح المفعول بالدم او بافراز القرحة الزهرية الثانوية  
 بان كلامهم وافراز الآفات الزهرية الثانوية غير معدائياً عند اجراء  
 التجارب بالتلقيح بالسم الزهري او بالسوائل الحاملة له في اشخاص غير  
 مصابة بالداء الزهري تأكد ان عدم نجاح التلقيح انما ينتج فقط من صيانة  
 الاشخاص المصابة بالداء الزهري من عدوى جديدة وان كلامهم قد  
 الاشخاص المصابة بالداء الزهري وافراز القروح الثانوية معدائياً مثل  
 افراز القروح الزهرية الاولية انما يظن ان هنالك استثناء من القاعدة العامة  
 وهي ان يعقب الاحوال التي يفعل فيها التلقيح افراز القرحة الزهرية  
 الاولية في الشخص المصاب بها والحامل لها تكون قرحة زهرية لكن قد اتضح  
 الآن ان ذلك في مثل هذه الاحوال عبارة عن مضاعفة الشكر بقرحة زهرية  
 متبسة فان القرحة الناتجة عن التلقيح شكرية لازهرية متبسة فان انتشار  
 السم في البنية لا ينتج عنه صيانة ووقاية من العدوى بسم اقرحة الزهرية  
 الرخوة اي الشكر وحيث ان الشخص المصاب فقط بتببس زهري او بقرحة  
 زهرية اولية ولم يكن عنده آفات زهرية ثانوية يكون مصوناً عن عدوى  
 جديدة بالسم الزهري فن الجائز اعتبار كل من التببس الزهري الاول  
 والقرحة الزهرية البنية الاولية علامات لسوء القنية الزهري واعراض  
 اولية من الداء الزهري البني لكن حيث ان الآفات المذكورة تكون اولية  
 للاضطرابات الغذائية الزهرية وان العرض الاول للداء الزهري البني  
 يحصل على الدوام في محل تأثير السم الزهري على شكل تببس او قرحة زهرية  
 متبسة فن الجيد الاستمرار على استعمال لفظ تببس زهري اولي وقرحة  
 زهرية اولية حيث ان ذلك مطابق للمعنى

والصيانة التي تنتج عن سوء القنية الزهري اي انتشار السم الزهري في البنية  
 بالنسبة للوقاية من عدوى جديدة توضح لنا ظاهرة مهمة كانت خفية علينا  
 سابقاً وهي ان الاطفال الرضع يكثر عدواها من المراضع المصابات بهذا الداء  
 زيادة عما يحصل من الامهات المصابات ايضاً فان الطفل الذي يرضع من



من ضعة ذات بنية زهرية يكون في معظم الاحوال غير مصاب بهذا الداء ولذا انه  
 يصاب وينعدي بسهولة واما الطفل الذي يرضع من ثدي امه المصابة بالداء  
 الزهري البني فانه يكاد يكون دائما زهري البنية فلا يصاب ولا ينعدي ثانيا  
 واكثر الاسباب المتممة لحصول الداء الزهري البني هو مجامعة شخص  
 مصاب بهذا الداء ومع ذلك توجد امثلة واحوال اكيدة حصلت فيها العدوى  
 بواسطة ايدي الاطباء والقبيلات او بواسطة شبات الدخان او كوبات الشرب  
 او استعمال بعض المراحيق الملوثة بالسم الزهري وكذا الايشك في انتقال  
 الداء الزهري البني والعدوى به كذلك بواسطة تلقح المسادة الجدرية البقرية  
 فانه تحقق الآن (انما يشترط في ذلك تبعا لما ذكرناه فيما تقدم تلوثها بالدم)  
 وبالجملة فقد توجد احوال وامثلة عديدة حصلت فيها العدوى بالداء الزهري  
 من بعض الجراحين بواسطة المشروط او الموضع او المبرغ النعساوي  
 في الاعراض والسير

اولا في التيبس الزهري الاولى والقرحة الزهرية

في الاولى اليابسة

أما من تغريخ السم الزهري الاولى فانه يمتد من ثلاثة اسابيع الى اربعة  
 ومعرفة هذا الامر مع التأكيدي لم تحصل الا في هذا العصر المستجد فانه قبل  
 معرفة هذا الحقيقة بواسطة فعل التلقيح في الاشخاص السليمين بالمسادة  
 السمية الزهرية البنية كانت المشاهدة المعالومة من انه يتسكون في عدة من  
 الاحوال تيبس في قاع القرحة الزهرية الرخوة وحوافها عني الشنكر بعد  
 مكثه على الحالة الرخوة جملة اسابيع غير واضحة وهذه المشاهدة هي التي  
 ادت الى الغلط والخطاء بالزعم ان الشنكر قد تيبس واكتسب بذلك خواص  
 زهرية بنية وقد دلت التجارب على ان القرحة الزهرية المتيبسة تكون  
 دائما مقدمة على حصول الظواهر الزهرية الثانوية البنية والتوجيه الحقيقي  
 لهذه المشاهدة المعالومة هو انه قد يؤثر في صف واحد نوعان مختلفان من السم  
 وهما سم القرحة الزهرية الرخوة اعني الشنكر وسم القرحة الزهرية المتيبسة  
 اعني البنية في آن واحد فبعد تأثير السم بايام قلائل تتضح القرحة الزهرية  
 الرخوة فان دور تغريخ السم الشنكري قصير جدا ثم بعد مضي ثلاثة اسابيع

او اربعة يظهر التيبس الزهرى في قاع القرحة الشكرية وحوافها فانه  
انذاك يكون دور تفرغ اسم الزهرى قد انتهى وتم ومن الجائز ان يكون  
الشكر قد تم شفاؤه في الزمن الذي فيه يكون قد تم دور تفرغ اسم الزهرى  
البنى وحينئذ يظهر التيبس الزهرى في ندبة التحام القرحة الشكرية  
كما انه من الجائز ان التيبس الزهرى قد يستحيل بتأثير اسم الشكرى  
الى قرحة رخوة

ثم انه بعد تلقيح اسم الزهرى البنى او انثى له بالمصادفة الى شخص قابل للتأثر  
منه بمعنى انه لا يكون قد اعتراه الداء الزهرى في الحال اولم يكن اعتراه من  
قبل تظهر بعد تمام دور تفرغ هذا اسم حلة يابسة او تسو بارز متفاوت العظم  
ولا يظهر مثل ما يحصل بعد تلقيح اسم الشكرى او انثى له بالمصادفة خو بصلابة  
او بثرة تنفجر فتخلفها قرحة وهذه التيسات الجوهرية الزهرية الصغيرة يكون  
حجمها كحجم العدسة او الحصة وقد يبلغ العظم منها حجم الفولة او الفندقة  
وبالبحث المبكر سكوني يظهر انها ناشئة عن نمو وتكون اخلية ونوايات ايست  
ذات صفات مخصوصة وهذه الاخلية والنوايات تكون متراكمة بين خريشات  
المسوجات الطبيعية واليا في المنسوج الخلوى القليل ولا يوجد في الابتداء  
على هذه الارتخاعات الخلية المتبسة تغير في البشرة الجلدية او المخاطية لكن  
عما قليل تاخذ هذه الطبقة البشرية في التفلس والطبقة البشرية التي تحل  
محل الاولى تكون رقيقة بحيث ان السطح الظاهر لهذه الاجزاء المتبسة  
يشاهد اذا احرارها مع وسخ وبعد تكرار التفلس جملة مرات لا تتسكون  
طبقة بشرية جديدة ثانيا فيبقى السطح الظاهر من السطح المتيبس متسلحا  
وينفرز منه مادة قليلة مائية وفي احوال اخرى يحصل خشك يشة في السطح  
الظاهر فيبقى بعد انفصال الخشك يشة قرحة ذات قاعدة مميكة متبسة  
وحينئذ تكون القرحة الزهرية الابتدائية المتبسة عبارة عن التيبس  
الجوهرى الزهرى المتفرح والمجلس الاعمى لى لهذه القرحة الاعضاء  
التناسلية فتوجد عند الرجال في الوريقة الباطنة من القلفة وفي مراءية  
تاج الحشفة وعند النساء في ما بين السفين الصغيرين وفي المجمع الخافى  
من القرج وفي فوهة المهبل كما انها توجد احيانا في حلة الشدى



وزاوية الشفتين ولا يندرو وجودها في انا مل الاصابع ولا يوجد جزء اخر من  
الجسم مصنوعا عن الاصابة بهذا الداء فانه متى وصل السم الزهري الى اى جزء  
وكان عاريا عن البشرة او رقيقها لا بد وان يحصل التيبس الزهري الاول  
انما الاجزاء التى ذكرنا انها مجلس لهذا الداء غالبا هي اجزاء جامعة لجميع  
الشروط المعينة على العدوى وان أصيب بالسم الزهري اليه جراب دهني  
اكتسب التيبس الزهري شكلا اسطوانيا قائما واما ان أصيب به عسدة اجربة  
دهنية بجوار بعضها كما يشاهد ذلك في الحفرة الزورقية فانه ينشأ من اجتماع  
جولة اسطوانيات متبسة مع بعضها نوع حوية يابسة وان كانت شفتا قوهة  
القناة البولية مجلسا للتيبس الزهري كونت هذه الفوهة نوع قمع متفرج  
غضروفي القوام وليس من النادر حصول تشققات في الدائرة المقدمة من القلفة  
عند الجماع خصوصا ان كانت ضيقة فان حصل تيبس زهري في هذه  
التشققات عقب اصابته بالسم الزهري لا يمكن دفع القلفة الى الخلف لان  
فوهتها تكون اذ ذاك مستجيبة الى حلقة يابسة والكيموزس المتكون بهذه  
الكيفية يزول بعد زوال التيبس

ثم ان القرحة الزهرية الاولى المتبسة لا تكون ذات قاع شحشي ولا حواف  
مشرذمة ولا يكون لها ميل للسعى والتأكل فان هذه الاوصاف خاصة بالشكر  
فقط وكذا لا تكون القرحة الزهرية الاولى مؤلمة مثل الشكر ايضا بل تكون  
عديمة الالم غالبا وتكون زيادة عن ذلك منفردة لا متعددة ومن النادر وجود  
جولة قروح زهرية متعددة اذا كانت تسببت جولة اصفار متعددة في آن  
واحد وكثيرا ما لا يرى التيبس الزهري الغير المتقرح فلا يستيقظ المريض  
بل ولا الطبيب لحصول هذا المرض الا من بعد حصول التقرح وقد يكون  
التيبس في بعض الاحوال قليلا جدا بحيث يمكن الاشتباه بين القرحة  
الزهرية والشكر وبزول التغيب في مثل هذه الاحوال بواسطة اجراء  
التلقيح ثم انه يميز القرحة الزهرية الاولى عدة اشكال ريسة

منها القرحة الزهرية السطحية او المفرطحة وفي هذا الشكل يكون التيبس على  
شكل وريقة رقيقة بحيث متى اريد رفع هذا الجزء المتقرح على هيئة ثنية  
يرى للطبيب انه يوجد أسفل هذه القرحة ورقة شبيهة بالرق (ولذا يسمى ريكور

هذا الشكل بالقرحة الشبيهة بالرق) و ينفر زمن السطح الظاهر لهذه  
القرحة سائل رقيق قليل لا يوجد فيه عند البحث الميكروسكوبي كرات  
صديدية بل لا يوجد فيه الا بقايا جوهريه حبيبية وكثيرا ما يشفى هذا الشكل  
بسرعة غير ان الظواهر الزهرية الثانوية تحصل على الدوام عقب حصولها  
عقب اشكال اخرى من القرحة الزهرية الاولى

ومنها القرحة الزهرية المرتفعة وفي هذا الشكل يكون قاع القرحة كثير المقاومة  
او قليلا اذا ما عوكة متقاوثة بحيث تكون القرحة مرتفعة عما حولها من الاجزاء  
ويوجد على هذا القاع سطح متسلخ قليل الافراز بحيث يكاد يكون خافا  
ويتغطى هذا السطح زمنا فرمنا بطبقة بشرية تتغلس بسرعة غالباً على  
هيئة صفايح رقيقة حتى يحدث التسليخ ومنها القرحة الزهرية الهنتيرية (نسبة  
للعلم هنتير) وهذا الشكل لا يكون ذا قاع متيبس فقط بل يكون كذلك محاطا  
بحافة يابسة منقلبة مندملة بحيث تكون القرحة في هذا الشكل عميقة من  
المركز ومن تفعه من الدائرة (ولذا تسمى بالقرحة ذات الدائرة) وشفا هذه  
القرحة لا يكون غالباً الا بعد الاسبوع الخامس او السادس وجميع هذه  
الاشكال المختلفة من القرحة الزهرية يمكن ان تقع في الفساد والتأكل بمعنى  
انه يعتبر بغير مرضى اى فساد دفتيرى تقرحى وفي مثل هذه الاحوال يمتد  
الفساد حتى يتجاوز الاجزاء المتيبسة بحيث ياكل جلد الاجزاء المحيطة  
وغشائها المخاطى وان انضم التيبس الزهرى الى قرحة شكرية بتأثير  
كل من السمين على صفر واحد من الجسم نشأ عن ذلك تنوع فى القرحة  
الهنديرية اى ذات الدائرة اليابسة المرتفعة بمعنى ان حافات القرحة الشكرية  
تصير يابسة ندية وتحيط بالشكر على هيئة حوية بارزة ثم فيما بعد يشاهد  
حصول التيبس فى قاع الشكر نفسه

ثم ان مدة التيبس والتقرح الزهرين الاولين تختلف ويكاد يعضى فى  
الغالب نحو ثلاثة شهور قبل ان يكتسب الجزء المتيبس قوامه الطبيعى  
بل كثير ا ما يستمر التيبس الزهرى نحو نصف سنة وازيد من ذلك ومن  
المستغرب الواضح انه عندما تظهر الظواهر الزهرية الثانوية بأخذ التيبس  
الزهرى فى التحلل مع تركه لئلا تدمر اجزائه ندية وعندئذ ذلك بالكلىة



يصير محل النكثة مبيضاً زيادة عن الاجزاء المحيطة بها شيها بالمنسوج الندي  
المتكون من تولد مرضى جديد ولا يتخلف في الجزء اذا كان متيبساً اذ في  
انعاج ما لم يكن متكوناً عليه قرحة شنيعة

في نائيا الخرجلات القليلة الحساسة

(والاصابة الزهرية المنتشرة للعقد الليففاوية)

كما انه ينشأ في معظم الامراض التدممية الانتشارية الحادة انتفاخ حاد  
ايضاً في العقد الليففاوية فكذلك ينشأ عن الداء الزهري الذي هو وضع مرض  
تسمى انتشاراً وانتفاخ من في العقد الليففاوية فتشارك العقد الليففاوية  
حينئذ التغير الغذائي الناتج عن تسمم البنية بالسم الزهري والتغيرات  
التشريحية التي تعترى الغدد الليففاوية هي عبارة عن زيادة تولد خلوى  
عضوى ومن النادر ان تصير تلك العقد مجلساً لتغير التهابي حقيقي وتقيح بل  
العالب ان يعترى بعض البورات الكائنة في العقد المنتفخة استحالة جينية  
ثم كاسية خصوصاً عند استمرار انتفاخها زماً طويلاً

ثم ان التيبس الزهري الاول يؤدي بعد بعض ايام الى انتفاخ عديم الالم  
او قليله جداً في العقد الليففاوية المجاورة للاوربية وهي الخرجلات غير المؤلمة  
والانتفاخ المصيب لعدد عظيم من العقد الليففاوية لا يكون عظيم بحيث ان  
الغدد المصابة تصل غالباً الى حجم الفولة ويندر ان تصل الى حجم الفندقة  
او الجوزة حجم وصاعداً الاشخاص الحنازيري البنية والمنسوج الخلوى الضام  
المحيط بتلك الغدد لا يشترك في الاصابة فان الغدد تبقى منعزلة عن بعضها  
بل وعند ما يتكون ورم عظيم جداً عقب انتفاخ جلة غدة انتفاخ عظيم  
يبقى هذا الورم حافظاً الشكل ذي تحدبات بحيث يرى بسهولة انه متكون من  
اجتماع جلة غدد منعزلة وقد يشاهد احياناً بين القرحة الزهرية الياسبة  
والخرجل غير المؤلم حبل وعائى ليففاوى متيبس صلب وفي الاحوال النادرة  
التي فيها انتفخ العقد المنتفخة انتفاخاً غير مؤلم ياتصق الجلد بالعقد الليففاوية  
الكائنة اسفل منه فيحمر لونه شيئاً ويشير الورم وما الكثرة يعضى على  
ذلك زمن طويل الى ان يظهر التمزج وائ حصل انفجار ذاتى في الاجزاء  
المتفحمة او صار فتحة بها بالهناعة تخلف عن ذلك قروحاً صورية متعرجة

تستمر زمنا طويلا ثم ان تحلل الخير جلالت الغير المؤلة بطي جدا فانه لا بد وان  
يمضي جملة اسابيع قبل ان يتناقص حجم الغدد المنتفخة بل قد لا يزول  
اثر الانتفاخ الا خيرا لا بعد جملة سنين وان حصلت استحالة ضخمية او كلسية  
في بعض البورات بقيت تتواتر صغيرة يابسة مدة الحياة واكثر ما يشاهد  
الانتفاخ الغير المؤلم للعقد الليففاوية في ثنية الاوربيتين وما ذاك الا لكثرة وجود  
التديسات الزهرية الاولى في الاعضاء التناسلية والذي يصاب من تلك الغدد  
بدون استثناء هي الغدة الكائنة اعلى الوتر العريض للجهة التي هي مجلس  
للتديس الزهرى وعندما تكون الاصابة الفمية اولية تصاب العقد الليففاوية  
الكائنة أسفل الفك وعندما تكون اصابة الاصابع اولية تصاب العقد  
الليففاوية لثنية المرفق والباطين ثم انه يشاهد عقب ظهور الخير جلالت  
الغير المؤلة بخمسة اسابيع او ستة غدد ليففاوية منتفخة منتشرة في اقسام  
مختلفة من الجسم بعيدة عن محل الاصابة وعن الخير جلالت الغير المؤلة واكثر  
ما ينتفخ العقد الليففاوية العنقية وتحت الباطين والعقد الاربية للجهة الاخرى  
والعقد المرفقية وتحت الفك والعقد المنتفخة يبلغ حجمها قدر الحمصة او الفولة  
او الجوزة وتكون عديدة الالم بل وايسر اكثر حساسية من باقى العقد الليففاوية  
عند الضغط عليها وهذا الانتفاخ المنتشر في الغدد الليففاوية قد يستمر جملة  
سنين ومادام هذا الانتفاخ موجودا يعلم منه ان الداء الزهرى لم ينطفئ  
بالكلية ولولم يوجد من ظواهر هذا المرض سوى هذا الانتفاخ العقدي ومن  
الناظر ان تلترب هذه العقد وتتقيح ولا يحصل ذلك الا عند وجود مضاعفات  
اخرى

ثالثا الكندي يوصي اللطخ العريضة او الدرن العريض

اللطخ العريضة عبارة عن ارتفاعات او بروزات مفرطة مغطاة بطبقة  
بشرية رقيقة تتقرح تقرحها سطحيا غالبا متى كان مجلسها الجلد الظاهر  
وتهبط بمادة مخاطية كريهة الرائحة وهذه اللطخ هي التي يكون منشأها  
زهرا حقيقية واما اللطخ المذبية او الابرية المغطاة بطبقة بشرية سميكه جافة  
فانها تنشأ عن مهيجات موضعية فتحصل في الغالب في الاجزاء التي تلامسها  
المادة المخاطية السيالانية



واللطخ الزهري العريضة هي أكثر الظواهر التسمية الزهري العامة حصولا  
فن النادران تفقد عند تضاح التغيرات البنية المرضية التي تظهر  
تدرجاً بتأثير السم الزهري وفي الغالب هي التي تعقب الاصابات الزهري  
الابتدائية واصابات العقد الليمفاوية وبها تمتدى التغيرات الغذائية  
البنيية وقد ينشأ فيما تقدم كلام من الشكل الظاهري لهذه اللطخ العريضة  
وتوحيدها واما مجلس هذه اللطخ فانه يكون غالباً بين الاليتين او الشفرين  
العظيمين عند النساء وعلى الصغن عند الرجال وظاهر القضيبي وقد تمتد الى  
الجهة الانسية من الفخذين وكثيراً ما يكون مجلس هذه اللطخ الزهري زاوية  
الشفتين ويندر وجودها في زاوية الاجفان وبين الاصابع وحلة الشدين  
وخالف الشدين المرتحين وكثيراً ما تشقق هذه اللطخ لاسيما عند غوها  
واختلاطها ببعضها فينتج عن ذلك تقرحات مؤلمة مستعصية كما أنه ليس من  
النادر ان يتكوّن في الجلد المحيط بها تشققات كثيرة الالم جدا تشق الا بعسر  
واما اللطخ العريضة الزهري التي يكون مجلسها الانغسية المخاطية المسماة  
باللطخ العريضة العشائية المخاطية فقد سبق الكلام على ما كان منها مجلسه  
كل من الفم والحاق والخجيرة فانها تصاحب القروح الخجيرية غالباً  
\*(رابعاً الاصابة الزهري للجلد المعروفة بالطفحيات

### الجلدية الزهري)\*

الاصابات الزهري للجلد تنشأ اما عن تغيرات احتقانية نضجية فيه او عن  
تكوّن اورام شبيهة بالتعقدات الصمغية المعروفة بالعدا والاورام الزهري  
الصمغية وجميع هذه التغيرات يعثرها استحقالات مختلفة في أحوال التغيرات  
الاولى يكون النضج اما في جوهر الجلد او على سطحه السائب وفيهما معا  
وبالنسبة للاختلافات الناشئة عن ذلك وعن اختلاف درجة امتداد الطفح  
وانتشاره قدميز للطفحيات الجلدية عدة انواع لكن حيث ان تميز باقي انواع  
احتقانات الجلد وانتهاباته الغير الزهرية مؤسس ايضاً على هذا الامر وجب  
علينا الاختصار في التكلم على الطفحيات الجلدية الزهرية فنقتصر هنا على  
بيان الفرق بين الطفحيات الجلدية الزهرية والغير الزهرية فنقول  
اما الطفحيات الجلدية الزهرية فنصفاتها العامة لونها الخاص بها وذلك

معلوم من منذ زمن طويل ومعتبر كل الاعتبار فان جميع الطفحانات الجلدية  
الزهرية تكون ذات لون احمر نحاسي خصوصا عند استمرارها زمانا طويلا  
حتى انه ان وجد طفح اجزتيماوى من عند اثم شخص مصابة بالداء الزهري  
حقيقة ولم يظهر فيه هذا اللون لا ينبغي اعتباره نتيجة للداء الزهري ولا يجوز  
القول بعكس ذلك بمعنى انه لا ينبغي اعتبار كل طفح اجزتيماوى ذي لون  
نحاسي من طبيعة زهرية كما ثبت ذلك مع الايضاح بكل من البسيريازس  
والاكتةالوردية (التي سميت بذلك نظرا لالونها الاحمر النحاسي)

واللون الاحمر النحاسي انما ينشأ عن كون الاجرار الذي ينتج عن الاحتقان  
الشعري يختلط بكل من اللون المزرق والاصفر والاسمر الذي ينشأ عن  
الانسكابات الدموية القليلة الكمية وعن التغيرات التي تعثرى المادة الملونة  
للدّم الخارج من اوचितه ويفقد هذا اللون الاحمر النحاسي في الطفحانات  
الجلدية الزهرية الحديثة وذلك اما لكون الانسكابات الدموية لم تحصل  
او لكون الدم المنسكب لم يعثره تغيرات اللون السابق ذكرها

وهناك صفة ثانية خاصة بالطفحانات الجلدية الزهرية وهو انه بعد شفاء الطفح  
الزهري يخلفه غالباً بقع بجمينية في الجلد وهذه الصفة مبنية كالسابقة على  
استحالة المادة الملونة للدم المنسكب الى مادة ملونة مسودة بجمينية

ثم ان الطفح الزهري للجلديته يزعم الطفح الجلدي غير الزهري بكونه زيادة  
عنه ما ذكر لا يكتسب مثل الاخير اشكالا طفحية نقية واضحة فانه كثير اما يوجد  
عند شخص واحد طفح جلدي زهري منه ما يخص شكلا من اشكال الطفحانات  
الجلدية ومنه ما يخص الشكل الاخير كما يوجد كذلك عنده طفح جلدي  
زهري لا يمكن نسبته مع التحقيق لنوع مخصوص من انواع الطفح الجلدي  
فكثيرا ما يشاهد لطخ حجر لا يمكن اعتبارها بدون شك وردية من جهة لانها  
مغطاة بقشور بشرية ومن جهة أخرى لا يمكن اعتبارها من البسيريازس  
لان الطبقة البشرية المغطية لها قابلية السمك جدا وليست كما يشاهد في  
البسيريازس غير الزهري

ومن المهم كذلك في تفسير الطفح الزهري عن غير الزهري هو اعتبار المحل  
الذي يكون مجال الطفح فان الطفحانات الزهرية الجلدية يكثر ما يشاهدتها



المحال التي تكون معرضة للهواء من الجلد والتي تكون فوق شمعخاف العظام  
مباشرة كما وأنه من الامور التي يعتنى بها هو اقتصار الطفح على جزء محدود  
مثل البسريازس الذي يصيب بالانحصار كبنتين والمرقنين فان ترك الطفح  
هذه بن المحلين وشوه في غيرهما من اجزاء الجسم ( كوجود البسريازس في  
اليدين ) كان هذا دليلا على انه زهري

ومن صفات الطفح الجلدي الزهري أن يكون غالباً مكوّناً لاشكال حلقيّة  
او نصف حلقيّة منتظمة انما تنبّه على ان الشكل الحلقي من الطفح الجلدي  
الزهري هو الذي ينشأ من انضمام تزهرات الطفح بهذه الكيفية وليس  
الشكل الحلقي الذي يكون ناشئاً عن شفاء التزهرات الطفجية المركزية  
وامتداد الدائرة منها وانتشارها وبالجملة تذكر ان الطفجات الجلدية الزهرية  
تكاذلا تكون مصحوبة باكلان دائماً

ومن المهم في الاحوال المشكوك فيها هل منشأ الطفح الداء الزهري اولا  
التحقق من حصول قرحة زهرية او ليست سابقا ومن وجود اصابات زهرية  
أخرى ام لا ثم ان القشور التي تكون مغطيّة للطفجات الزهرية الجلدية تكون  
أكثر ثخنا وسمّا كذا عن المغطيّة للطفجات الجلدية الغير الزهرية وهذه الصفة  
تنشأ من جفاف المتحصل الصديدي للبثور الزهرية غالباً ويبدل على استمرار  
تقرحها وجفاف متحصنها واستحالتها الى قشور وأما القروح الجلدية الزهرية  
فن الواصف لها انها تكون مكتسبة لشكل يشبه الشكل الكلوي او الشبيه  
ببعل الفرس وهذا الشكل ينشأ من حصول الالتحام في احدى حوافي القرحة  
وامتداد التقرح في الحافة الاخرى

ثم ان الشكل الاكثر حصولاً من الطفجات الجلدية الزهرية هو الطفح  
النقطي المعروف بالوردية الزهرية ويسبق ظهور النقط الوردية الصغيرة  
المنتظمة المستديرة المختلطة ببعضها في بعض المحال اضطراب بني حي  
ومجلس هذا الطفح هو البطن والجهتان الجانبيتان من الصدر والجهتان  
الانسبتان من الاطراف العليا والسفلى وأما الوجه فانه يبقى عادة مصاباً  
بمعدا الجزء العلوي من الجبهة في محل ابتداء فروة الرأس والنقط تكون في  
الابتداء حمر آناصة ثم تصير فيما بعد خمرقة نحاسية وهي اما أن تكون في موازاة

سطح الجلد أو من تفعة عنه بقليل وفي هذه الأخيرة يكون بينها وبين حلمات  
 الأنجسرية اشتباه إلا أنها لا تكون مصحوبة بأكلان مثلها وبعد استمرار  
 الوردية زمن أطول لا تكسب لونها أحمر مبراً وسخاً ثم بعد انتفاخها بالكيفية  
 تخلفها نكت سنجابية مسهرة وفي بعض الأحوال يمتد هذا الطفح على سطح  
 الحشفة وإن حصل ذلك انفصلت الطبقة البشرية من سطح الطفح بحيث  
 تتكون تسخات شديدة الاحمرار رطبة سهلة الإدماء لا ينبغي اختلاطها  
 بالقرحة الرطبة السطحية ثم إن الطفح الزهري الوردي من جملة أعراض  
 الزهري البني التي تعقب التسمم البني بمر عتوه تشاهد في الأحوال  
 العتيقة للداء الزهري مطلقاً وهذا الطفح يزول بالمعالجة الزيتية في ظرف  
 قليل من الأسابيع وفي الأحوال الممهلة أي التي لم تعالج بالمعالجة اللائقة  
 قد يشاهد استتالة الوردية إلى طفح زهري جلدي حلي أو قشري  
 أو بثرى

وأما الطفح الزهري الجلدي الحلي المعروف بالخرز الزهري فإنه يعرف بلونه  
 الأحمر النحاسي أو بلونه الأحمر المبر عند مكثه زمن أطول ولا وحلمات هذا  
 الطفح تكون إما في حجم حبة الدخن (فيسمى بالطفح الحلي الدخني) أو في حجم  
 العدسة (فيسمى بالطفح الحلي العدسي) وتتكون الحلمات إما متفرقة  
 أو مجتمععة وعند اجتماعها تكون حلقات أو نصف حلقات والمجلس  
 الاعتيادي للطفح الزهري الحلي هو محل اتصال جلد الجبهة بفروة الرأس  
 ومع ذلك قد يشاهد في الجزع والأطراف وعند استمرار هذا الطفح زمناً  
 طويلاً يرى أنه يتغطى بقشور بشرية منفصلة وإن تكوّن بدلاً عن ذلك في فة  
 الحلمات بثور صغيرة تسمى الطفح حينئذ بالأكثة الزهرية والطفح الجلدي  
 الزهري الحلي من جملة الطفحات الجلدية الزهرية التي تشاهد بعد التسمم  
 الزهري بزمان قليل ومع ذلك قد يشاهد في الأدوار الأخيرة من الداء الزهري  
 أنما في مثل هذه الأحوال يكون تزهراً الطفح قليل العدد وله ميل عظيم لأن  
 يكون دائرة تامة أو نصف دائرة وهذا الطفح أكثر استعصاء عن الطفح  
 النكتي بحيث يمضي عادة جملة أسابيع قبل أن يشفى ولو كانت المعالجة قوية  
 للغاية



واما الطفح الجلدي الزهري القشري المعروف بالبسر يازس الزهري فانه ينشا  
عن الوردية الزهرية او الحزاز الزهري ويقع هذا الطفح يندران تكتسب  
جماعتهما اسكنها تكون كثيرة العدد ولون البسر يازس الزهري كثير  
الدكنة والاستمرار عن غير الزهري والقشور تكون غالباً رقيقة ولا يندر  
ان تكون تشققات في الجلد المرتشح تؤدي لتكون تقرحات وكل من الركبة  
والمرق يبق مصاناً عن الاصابة بها غالباً كما تقدم

والبسر يازس الزهري لراحة اليدين واخص القدمين الذي يكون منشأؤه  
زهرياً يبتدى بتكون بقع صغيرة مستديرة بيضاءوية الشكل ذات لون أحمر  
باهت او مصفر وذات سماكة وبعد سقوط البشرة المتسكاثفة على هذه  
البقع وانفصالها منها او نزاعها يبدى المريض بالحك يظهر كل من اللون الخاسي  
والجلد المرتشح المحاط بحلقات متكاثفة من البشرة الجافة التي يسهل تغلسها  
وهذه الدائرة تتسع شيئاً فشيئاً بخلاف المركز فانه يكون اخذاً في الشفاء أو  
يتغطى من جديد بطبقة بشرية قرنية وفي بعض الاحوال قد تختلط هذه اللطخ  
بعضها من الابتداء فينشأ عن ذلك تسكات ثقات ممتدة في البشرة فنتشقق  
بسهولة فينشأ عن ذلك تشققات غائرة شديدة الالم بالكلية

واما الطفح الجلدي الزهري البثرى ففيه تكون البثرات اما صغيرة مذيبة  
او عظيمة عريضة ويسمى في الحالة الاولى بالامبتيجو الزهري وفي الحالة  
الثانية بالاكنيما الزهرية والبثرات في هذا الطفح تكون اما منعزلة او مجتمعة  
وتشاهد في الوجه وفي فروة الرأس او الجزع او الاطراف وتكون محاطة بهالة  
محجرة نحاسية وتجف فيخلف ذلك تكون قشور عظيمة تسقط عند تمشيط  
الرأس على هيئة قشور صغيرة كالحالة وبذلك تنسلخ البثور وتصير مؤلمة  
للمريض ويشاهد بكثرة اسفل قشور الاكنيما الزهرية تقرحات متفاوتة الغور  
ويندر مشاهد ذلك اسفل القشور المتخلفة عن الامبتيجو الزهري واثار  
الالتحام التي تخلف شفاء الاكنيما الزهرية تكون في الابتداء ذات لون  
احمر نحاسي ثم تكتسب فيما بعد لونا مبيضاً واضحاً وكل من الامبتيجو الزهري  
والاكنيما الزهريه يكون ثقيلاً مستعصياً وهما من الطفجات الجلدية  
الزهرية التي تظهر في الدور الاخير من الداء الزهري فان شفاها يتعسر

ويستمر جملة أشهر مهما كانت قوة المعالجة المستعملة وجودتها وغلها بابتاخر  
شفاؤها عن باقي ظواهر الداء الزهري

وأما الحويصلات الزهرية فهي عبارة عن طفح جلدي زهري حويصلي له  
مشابهة عظيمة بالجدرى المائى وظهور هذا الطفح يكاد يسبقه على الأنوام  
اضطراب حى عومى والحويصلات العديدة لهذا الطفح المتفاوتة الانتشار  
ترتفع من فوق نكف محجرة وتكون فى الابتداء ممتلئة بسائل قليل  
التعكر يصير صديديا فيما بعد ثم يجف فيستحيل الى قشور مستديرة مسودة  
وهذا الشكل من الطفحات الجلدية الزهرية المستعمية ايضا فانه كثيرا  
ما يستمر جملة اسابيع بل وجملة اشهر مع حصول دفعات جديدة

وأما الروبية الزهرية فهي كالاكتيما الزهرية نتيجة التهاب جلدي تقرحى  
وكيفية حصولها ان يرتفع على محال مستديرة من الجلد حويصلات فى حجم  
الغولة هابطة ذات لون احمر من ورق ممتلئة بسائل عكرا ومدموم تحصل هذه  
الحويصلات يجف فيستحيل الى خشكر يشات ترتفع شيئا فشيئا بواسطة  
متحصلات التسخير التقرحى الكائن اسفل منها وترداد هذه الخشكر يشات  
فى العرض بواسطة ظهور حويصلات صغيرة حلقية فى دائرتها يجف متحصلها  
بل وتمتد هذه الخشكر يشات غورا وعند ترع هذه الخشكر يشات والقشور  
المتكونة بهذه الكيفية يوجد اسفل منها اسطحة متفرجة ذات لون ومخ  
ينفرز منها سائل صديدي وقد توجد اجزاء ممتدة من الجسم مغطاة بقشور  
الروبية الزهرية المختلطة مع بعضها وفى بعض الاحوال لا يوجد منها  
الاقليل وتكون متفرقة غير ان القشور فى هذه الحالة الاخيرة تكون  
كثيرة العرض جدا والروبية الزهرية مثل الاكتيما الزهرية لا تظهر  
الا فى الادوار الاخيرة من الداء الزهري وشفاؤها بطى لا غاية ولا ينسدر ان  
يلتحم التقرح الكائن اسفل قشور هذا الطفح من احدى حوافه مع  
امتداد التقرح من الجهة الاخرى وبهذه الكيفية تشا قروح شبيهة بنعن  
الفرس أو يشكل الكلية والatre الاتحامية التى تخلف شفاء الروبية الزهرية  
شبيهة بالاثرا الاتحامية للاكتيما الزهرية

ثم ان الامراض الجلدية الزهرية التى سبق ذكرها عبارة عن تفسيرات



تهجئة التهايسة واما اللوبس الزهري فينشأ عن غوتولات جديدة  
مخصوصة زهرية وتلاشيها وهذه التولات الجديدة تظهر على شكل تعقدات  
تعرف بالدرن الزهري ولا تظهر في الجلد فقط بل انها تظهر ايضا في  
الاعضاء المختلفة والدرن الزهري الذي سماه المعلم ورچوف بالاورام  
الصغية ولو كانت ذات قوام كثيف يابس وكانت حافظة لهذا القوام مدة  
وجودها وسماه المعلم واجنر بالاورام الزهرية العقدية ليس له ادنى ارتباط  
بالدرن الحقيقي وعند الشهير ورچوف هذه الاورام الصغية من الاورام  
الطبيعية اعني من الاورام التي لا تحتوي على جوهر ضام ولو عند تمام  
نموها بل ولا تحتوي على جوهر مشابه لذلك فانها متكونة من جزيئات  
او عناصر في حالة الاستحالة ونهاية وجودها الطبيعي هو الفساد والتلاشي  
اعني اللين والتقرح والدرن الزهري يكون متكونا من اجتماع خلايا عديدة  
صغيرة ذات نويات عظيمة ويوجد منتشرا في جوهر الاعضاء والعقد  
الزهرية الحديثة تكون ذات لون سنجابي رخوة القوام تخلط بسائل مخاطي  
قلييل وعند استمرار هذه العقد مدة من الزمن يؤول حالها اما الى اللين  
والتقرح او الى استحالة جينية تامة

والمجلس الغالب للدرن الجلدي الزهري هو الوجه سيما الجبهة (وحيث  
يعرف بالتاج الزهري) وفي قسم الكتف وفي الجهة المقدمية من الاطراف  
العليا والسفلى وهذه التعقدات تكون اما سطحية او موضع او غائرة وعادة  
ما كان منها ما يكون صغيرا الحجم وعظيما ما كان منها غائرا ويشاهد عند  
تكونها في الجلد اورام صغيرة سهلة الحركة مؤلمة قليلا عند الضغط عليها  
ثم يحمر الجلد الكائن اعلاها شيئا فشيئا ويرتفع على هيئة عقد نصف كرية محجرة  
داكنة فيكون لها بعض مشابهة بالدمل وقد لا ينتعقب وينفجر الجلد المعطى  
لهذه الاورام بل يمتص متحصالها فينتقع ويبت سطحها شيئا فشيئا ثم تهبط  
فيحصل الالتحام بدون ان ينشأ عن ذلك تقرح واما ان انفجر الورم فانه ينسكب  
اسفل الطبقة البشرية سائل مصلى عكر يحفر غورا الطبقة البشرية ويستحيل  
الى قشرة باسنة ويمتد التقرح اسفل منها في العمق شيئا فشيئا وكثيرا ما يكون  
بجولة تعقدات درنية زهرية مغطاة بقشرة واحدة سمكية والقروح الناشئة

عن هذه المعتقدات اما ان تكتسب الشكل المستدير للاورام الناشئة عنها  
او انها وهو الغالب تكتسب شكلا شبيها بعنق الفرس او شكل الكلبة مثل  
القروح الناشئة عن الروبية الزهرية وذلك بان يمتد القرع في إحدى  
حوافها مع طس والالتحام في حافتها الاخرى عقب تكون ازرار الجبسة فيها  
والثامها والارالات الحامية الناشئة عن شفاء الاوبس الزهري تبقى ذات لون  
احمر مبرز من اطويلا يجمتي ثم تكتسب بعد انطفاء المرض انطفاء تاما لونا  
مبيضا بالكلية

والشعر يسقط غائبا عند المصابين بالداء الزهري وهذا يعتبر نوع ظهور  
في البصيلات الشعرية ان لم تكن قسوة الراس مجاسا لطفحات جلدية  
لكن بصيالات الشعر لا تفقد بالكلية بحيث ان الشعر قد يتولد ثانية عقب  
انطفاء الداء الزهري وما اللطفات الجلدية الزهرية التي تصيب  
قسوة الراس فانها تحدث غالباً ساداً تاماً في بصيالات الشعر وتؤدي  
لحصول الصاع

وكذا الاطراف يعثر بها تغيرات عند المصابين بالداء الزهري وذلك عقب اصابة  
أم الظفر فيعـ دار تشاها كما يحصل احياً في البسريازس الزهري يتغير  
الظفر هو وشكله ويصير مشقوقاً واما ان حصل تقرح في أم الظفر المعروف  
بالتهاب الظفر الزهري فلا بد من سقوطه

\* (خامساً الاصابات الزهرية للاغشية) \*

\* (المخاطية) \*

الاغشية المخاطية كثيرا ما تكون مجساة للاصابات الزهرية فانها أكثر مصابة  
بهذا الداء من الجلد لكن لا تصاب جميع اجزاء الغشاء المخاطي بنسبة واحدة  
فاكثر ما يصاب منها الغشاء المخاطي المعشي لخويع العم والخلق والانف  
والحنجرة ويغيب ذلك في الكثرة الغشاء المخاطي للمستقيم واخف اشكال  
الاصابات الزهرية للاغشية المخاطية واسرعها حصول التهابات النزلي  
الزهري وليس من السهل في كل حالة راعنسة تميز التهابات النزلي الزهري  
عن غيره من التهابات النزلية غير الزهرية فان كلام من دكته اللون للجزء  
المرضي وتحديد عن الاجزاء السليمة وتلون الطبقة البشرية بقبول لبني



عكر وان كان يظن منه وجود الداء الزهري لكن ليس واصفاً في حد ذاته  
ولذا يرتكز في غالب الاحوال الى معرفة تاريخ المرض وسببه حتى تعلم  
حقيقة التشخيص كما وان يرتكز في ذلك الى وجود اصابات زهرية اخرى  
سيما انتفاخ العقد الليمفاوية ووجود طفح بقعي او حلي وايضا الى استعصاء  
التهاب التزلي عن الشفاء بواسطة المعالجة الغير النوعية وزواله بسرعة  
عقب استعمال معالجة زهرية

ومن جملة الامراض الكثيرة الحصول والسريعة للداء الزهري هي الحلمات  
الزهريّة في الغشاء المخاطي واثراؤها اما بتكوين الدرن والتسلخ او التقرح  
وكيفية حصول ذلك هو ان جزأ من الغشاء المخاطي يرتفع عن باقي اجزاء  
هذا الغشاء على شكل حبة العدس ويكون ذات مقاومة واجرار زائد عن باقي  
اجزاء الغشاء المخاطي فان لم يحصل تحلل في هذه الحلمات المخاطية بواسطة  
المعالجة اللائقة صارت الطبقة البشرية المغطية لهذه الحلمات السطحية  
متعكرة واكتسبت هيئة لبنية او صدفية وعند انفصال هذه الطبقة البشرية  
الكثيفة يخلف ذلك تسليح ناصع الاحمر اسهل الادما ويستحيل هذا التسليخ  
اما الى فرحة ذات قاع غير مستو وسخاابي مبيض عقب تلاش جزئي او يستحيل  
الى لطخ مخاطية عقب تزايد في النمو وتكون الالباف الحلوية تعرف باللطخ  
المخاطية وقد سبق شرح كل من الحلمات المخاطية والقروح او اللطخ  
الناجمة عنها المصيبة للغشاء المخاطي الفمي والحلق والحنجري

واما الاصابات الزهرية للغشاء المخاطي للمستقيم فمن النادر مشاهدتها  
والقروح الزهرية المستقيمة المتخلفة عن الحلمات المخاطية لها مشابهة  
عظيمة بالقروح الدوسنطارية وكذا اندبها الالتحامية يشابه بعضها بعضا  
لكن يمكن التمييز بين هذين النوعين من القروح باعتبار المجلس ومحل  
وجود السدب الالتحامية فان القروح الزهرية توجد عادة في الجزء  
السفلي من المستقيم بقرب الشرج واما القروح الدوسنطارية فانها توجد في  
التعرج السيني واما الاورام الصمغية للاغشية المخاطية فانها ذات صفات  
مشابهة لصفة التولدات الصمغية في الجلد وتحصل بكيفية مشابهة لها ايضا  
وهو انه يتكون في جوهر الغشاء المخاطي عقد صغيرة الحجم مثل الخرقة

تزداد شيئا فشيئا فترتفع على سطح الغشاء المخاطي فان لم يحصل امتصاص في هذه التولدات الصغيرة الصمغية بواسطة المعالجة اللائقة حصل لينها وانفجرت الطبقة البشرية واستحوالت الى قرحة والتولدات الصمغية الزهرية يمكن ان ينشأ عنها تمسكات ممتدة في الانف والحنك والبلعوم والحنجرة ولا ينسدر ان يمتد التمسك الى المنسوج الخلوي تحت الغشاء المخاطي والسمحاق والغضاريف بل والعظام وعند شفاؤها كثيرا ما تحصل تضايقات ندية

**\* (سادسا التهاب القرحة الزهرية) \***

التهاب القرحة والمشيمة بعد ايضا من الاضطرابات الغذائية التي لا يندر ظروها بتأثير السم الزهري فان هذا الالتهاب كثيرا ما يضاعف الطفحات الجلدية الزهرية ثم ان الاوصاف الخاصة النوعية التي بها يتميز الالتهاب القرحة الزهرية عن غير الزهرية لا سيما انجذاب الحدة الى الاعلى والانسية ينكرها مشاهير المؤلفين المستغلين بعلم الرمد ويوجد زيادة عن الالتهاب القرحة الزهرية البسيط التهاب قرحة زهرية ذو تولدات صمغية ونحيل شرح هذا المرض الاخير واعراضه الخاصة به الى كتب الرمد

**\* (سابعا الاصابات الزهرية للعظام) \***

**\* (والسمحاق) \***

العرض الكثير الحضور في الداء الزهري هو الآلام الشديدة التي تظهر على سائر العظام بدون تغيرات مادية مذكورة وهذه الآلام تكون في الابتداء متنقلة ثم تصير فيما بعد حادة وقاصرة على بعض العظام سيما ما كان منها سطحيًا تحت الجلد كالقصبة وعظام الجمجمة وهذه الآلام تزداد بالضغط عادة وتختفي في أثناء النهار وتشتد اشتدادا عظيما في أثناء الليل وهذه الآلام العظمية يظهر انها تنشأ عن تغير مرضي خفيف في السمحاق يزول بسرعة وهو عبارة عن احتقان وأوذية التهابية خفيفة في هذا الغشاء والتوتر العظيم الذي يعتري السمحاق من اقل ارتشاح يوجه به بسهولة شدة الآلام لاسيما وان هذا الغشاء شديد التوتر طبيعة

وفي الاحوال الثقيلة من الداء الزهري المزمن تتكون انتفاخات في بعض العظام وذلك حال ارتقاء الآلام الى درجة عظيمة سيما مدة الليل وهذه



الانتفاخات العظيمة تسمى بالتولدات الصمغية ان كانت رخوة عجينية  
وبالتولدات العظمية ان كانت شديدة الصلابة وتوجد هذه الاورام  
كغيرها من الامراض العظمية الزهرية في قصبة الساق وعظام الجمجمة  
والفص وغيرها من العظام التي تحت الجلد مباشرة والتولدات الصمغية  
سميت بذلك نظر السائل اللزج الذي يسيل منها عند شقها وتتكون من  
خلايا ونويات ومتسوج ضام قليل جدا ومائل غريز لزوج متراكم بين  
الخلايا وبعضها وهي حينئذ بالنسبة لتأليف جواهرها تشابه للتولدات  
الصمغية الجلدية الزهرية الرخوة الحديثة وهذه التولدات الصمغية  
يمكن ان يصغر حجمها وتزول بالكلية وذلك عقب امتصاص السائل  
والعناصر الخلائية بعدم كابتها للاستحالة الشحمية وقد يتكون فيها  
صديد في بعض الاحوال فتستحيل الى خراجات تنفتح من ذاتها او بالصناعة  
وينسكب مضمحلها نحو الخارج

واما التولدات العظمية فهي وان كانت ذات صلابة عظيمة من ابتداء تكونها  
بحيث يزعم الطبيب غير المتمرن انها انتفاخات عظمية حقيقية عبارة عن  
تيسات حديثة محدودة في السمحاق ناشئة عن نضح الترابي فيه والالتهاب  
السمحاق الذي ينشأ عنه تلك التيسات له ميل قليل للتقيح وكثيرا ما يمكن  
تحلل هذه التولدات العظمية الصلبة بالمعالجة بالانفة المستمرة المتبادر  
في اجرائها وعند استمرار هذه التولدات العظمية زمنا طويلا يصير  
السمحاق مجلسا لتكون عظمي فتستحيل الى اورام عظمية حقيقية وحينئذ  
لا يتأتى تحللها وزوالها وبوجد زيادة عن هذه الاورام العظمية الناشئة  
في الحقيقة عن تولد عظمي في السمحاق اورام عظمية اخرى ناشئة حقيقة عن  
غزو الترابي في العظام نفسها ثم ان كلام التولدات العظمية الصلبة  
والاورام العظمية الحقيقية يمكن أن ينشأ عنها بضغطها على الاعضاء  
المجاورة آلام عصبية وقد في الاحساس والحركة بل وان كان مجلسها السطح  
الباطن من الجمجمة يمكن أن ينشأ عنها ظواهر مرضية دماغية ثقيلة  
واما التسوس والتنكز الزهريان فانهما يكونان في بعض الاحوال نتيجة  
الالتهاب السمحاق التقيحي فان الصديد المتكون بين السمحاق والعظام

بفصل القطع العظمية عن أوعيتها المغذية وقد ينشأ في أحوال أخرى عن  
 قروح في الأجزاء الرخوة تغور إلى الباطن وتعرى السحق والعظام وفي  
 أحوال خلاف السابق ذكرها لا يصاب السحق ابتداء فيكون كل من  
 التسوس والتفكرز العظميين نتيجة التهاب عظمي ( بسيط أو ذي تولدات  
 صغية ) ناشئ عن التهمم الزهري ولا تتعرض هنا لكون تعري العظام  
 عن سمحاتها والتهابها يؤدى أحياناً لتقرح العظام أعني التفكرز وموت قطع  
 عظمية صغيرة أو كبيرة في أحوال أخرى فإن ذلك من تعلقات الجراحة العامة  
 وإن حصل فقد جوهراً عظمي عقب التفكرز الزهري فمن النادر أن يستعاض  
 فقد الجوهراً بتكون عظمي بل الغالب أن يبقى انبعاج في محله أو ثقب  
 ذو حواف ملساء إن كان قد حصل فيه ثقب ثم إن كلاماً من تسوس العظام  
 وتفكرزها الزهري بين شاهدان عند المصابين بالداء الزهري في عظام  
 الجمجمة والوجه أكثر من مشاهدتهما في عظام الجسج والأطراف بدون  
 أن تكون هذه العظام الأخيرة سيما القص والترفوة والقصبة مصانة عن  
 الإصابة بهما والتهتكات العظمية العظيمة جداً الداء الزهري تشهد على  
 الخصوص في عظام الأنف وسقف الحنك والغالب أن يتهتك ابتداءً الحاجز  
 العظمي للأنف والصفحة السامودية من العظم المصفوي بحيث يحصل  
 استتراق بين طائفتي الأنف بواسطة فتحة متفاوتة العظم ثم يتهتك حاجز  
 الأنف بتمامه فيما بعد وكذا القرينات وجدر خلايا العظم المصفوي وجدر  
 الجيوب الفككية العليا والعظام الأنفية والظفرية فيفقد الأنف شكله  
 وينخفض خلف أرنبته وحينئذ تبرز إلى الأعلى والامام وإن حصل التهتك في  
 قاع تجويف الأنف ووسطه السفلي فالغالب أن يحصل ثقب في سقف الحنك  
 وبذلك يحصل استتراق بين تجويف الأنف والفم فيشاهد حينئذ نفوذ  
 المطعومات والسوائل من الفم إلى الأنف في أثناء المضغ أو الزدرد  
 وأما إن حصل تسوس الأنف وتفكرزه الزهري إن عقب امتداد القروح  
 الظاهرة للغشاء المخاطي في الغور وتهتك السحق فالغالب أن يوجد عند  
 المرضى مدة طويلة من الزمن سيلان أنفي صديدي منتهن قد يكون مدمماً  
 يختلط به فيما بعد قطع عظمية صغيرة مسودة وكثيراً ما يتهقب حاجز الأنف



في مثل هذه الاحوال بدون مشاهدة تغير واضح في الجلد المعطى لقصة  
الانف وجناحه وأما ان كان تهتك العظام مسبوقا بالتهاب سمها في زهري  
فانه يشاهد ابتداء في الجلد الظاهر من الانف انتفاخ او ذيماوي في احدى  
صفحتي الوجه وقد ينثقب جلد الوجه والاجزاء الرخوة بواسطة الصديد  
والقطع العظمية المنفصلة فيجذف ذلك قروح ناصورة في ظاهر الانف ثم  
ان التقرح الزهري للانف المعروف بتنز الانف الزهري قد يحدث تهتكات اما  
في عظام الانف فيتكون عن ذلك تجويف بشع الهيئة والمنظر

و يشاهد زيادة عن تسوس العظام وتنكس زها في الداء الزهري العتيق  
مرض عظمي ثالث مفسد للعظام وأول من شرح هذا المرض العظمي مع  
الدقة المعلم برنس وأما الشهور ورجوف فانه اول من نبه على كثرة  
تعلقه بالسم الزهري وعرف المعلم الاول هذا النوع المخصوص من ظهور  
العظام الذي سماه بالضمور العظمي المركزي بانه عبارة عن تحلل اولين  
مركزي في جوهر العظم يمتد من السطح الباطن للقنوات والحلاليات  
التخاعية مع انتفاخ واحمرار في المنسوج النخاعي المار في باطنها ولا يكون  
هذا التحلل ماصحوبا بتكون صديدي وبذلك تتسع التجاويف التخاعية  
عقب تلاشي جدارها فتكون تجاويف غير منتظمة والقطع العظمية التي  
اعتراها هذا التغير تكتسب الهيئة الاسفنجية للعظام المتسوسة بحيث ان  
تلك العظام عند تعطينها لا يمكن التمييز بكونها اعتراها التسوس العظمي او  
الضمور المركزي للعظام وان ابتداء الضمور العظمي المركزي في السطح  
الظاهر من عظام الجمجمة اكتسب هذا السطح ابتداء هيئة خشنة متأكلة  
مشرزمة كما يحصل ذلك في التسوس السطحي ثم يأخذ فقد الجوهر في الغور  
شيئا فشيئا بحيث يؤدي الى تثقب الجمجمة في بعض الاصفار والسطح الباطن  
من السمحاق الجمجمي الباطني يكون في جميع امتداد الاصابة محجرا  
منتفخا جليديا والنخاع المتخلل بالاجزاء العظمية المصابة يكون مستحيلا  
الى مادة محجرة كثيرة الوعائية ملتصقة بالسمحاق الباطني المتصفا  
متينا ولا يوجد اثار من افراز صديدي والجوهر العظمي السليم المحدد  
للاجزاء المريضة والمحيط بها قد لا يعتريه ادنى تغير او انه يتكون جوهر

عظمى جسد حول الجزء المريض فيحيط به كما انه قد يتكون جوهر عظمى جديد ممتد عند اصابة السطح الظاهر من الجمجمة وقد يتكون ذلك ايضا عند اصابة السطح الباطن من تجويف الجمجمة ثم ان شرح الضمور العظمى المركزي تبعاً للمعلم برنس مطابق بالكلية للشرح الذي ذكره المعلم ور جوف على التغير المرضي للعظام الذي سماه بالتسوس الجاف وبالضمور الا لتهابي للقشرة العظمية عند المصابين بالداء الزهري بحيث لا يشك في ان كلا من هذين المؤلفين شرح بذلك حالة مرضية واحدة

ثامناً في التهاب الخصية الزهري

أو القيلة الزهرية أو ورم الخصية الزهري

قد ينشأ عن التسمم الزهري التهاب في الخصية يتميز عن باقي اشكال التهاب هذا العضو ببعض صفات مخصوصة سيما بمجسسه وسيره البطيء والالتهاب يتبدى عادة بالطبقة البيضاء الخاصة بالخصية وامتداداتها ويؤى الى تولد التهابي من اخلية ومنسوج خلوي حديثين على السطح الباطن من الطبقة الخاصة لهذا العضو وبين القنوات المنوية وبضغط هذه التولدات الخلوية الحديثة التي تنكس فيما بعد وتسبب صلابة عظيمة يتلاشى جوهر الخصية الخاص ويوجد زيادة عن هذا الشكل البسيط من التهاب الخصية الزهري شكل ثان يتصف بتكون تعقدات يابسة جافة صفراء بيضاء زيادة عن التولدات الخلوية الجديدة للطبقة الخاصة بالخصية وقد سمي المعلم ور جوف الشكل الاول بالتهاب الخصية الزهري البسيط والثاني بالتهاب الخصية ذي التولدات الصمغية فعلى حسب رأيه يكون الشكل الاول عبارة عن الورم الزهري المنتشر والثاني عبارة عن الورم الزهري ذي التعقدات الصمغية

واعراض القيلة الزهرية هي نزايذ تدريجي بطيء في حجم احدي الخصيتين يكون اما عديم الالم او محوياً بالالم ناعسة تظهر زمناً قزماً وتصبح الخصية اذذاك صلبة جداً وتفقد شكلها المنتظم وقد يبلغ حجمها قبضة اليد وليس من النادر ان يتضاعف ورم الخصية بارتشاح مصل في الطبقة الغمدية وفي بعض احوال قد تمتد الاصابة المرضية من احدي الخصيتين بعد تقدمها الى



## الخصية الاخرى

﴿تاسعاً في الاصابات الزهرية للمسوج الخلوى﴾

﴿والعضلات والاحشاء لاسيما الدماغ﴾

يشاهد كذلك في هذا المرض اورام تتكون في المسوج الخلوى تحت الجلد والغشاء المخاطى وبين العضلات وهذه الاورام اوصاف تطابق التولدات الذرنية الزهرية التى سماها المعلم ورجوف بالاورام الصمغية الزهرية وهذه الاورام قد تنزل وتتحلل في بعض الاحوال بالمعالجة الاليفة وقد يؤول حالها في الاحوال الاخرى للتقيح فيكون عنها ما خرجت او قروح مستعصية وكذا العضلات سيما عضلات الاطراف السفلى والعنق والقفا قد تكون مجلسا لاضطرابات غذائية وقد ميز المعلم ورجوف شكايين من الالتهاب العضلى الزهرى وهما الشكل البسيط والمهين

أما الشكل الاول فهو عبارة عن تولد ونمو في الجوهر الخلوى يعقبه تكون جوهر خلوى ندى مع تلاش وضمور في الالياف العضلية الاصلية واما الشكل الثانى ففيه تتكون في العضلات اورام صمغية ذات حجم عظيم وهذه الاورام عند شقها تظهر على هيئة تراكتات لون ابيض محمر او ابيض مسعر وذات خروز غير واضحة وبالبحت بالمكنر سكوب يتضح وجود تحبيبات كثيرة دقيقة خلوية في الجوهر الخلوى بين العضلات مع استحالة شحمية سرية بها تنزل الخلايا الطبيعية ولا يبقى منه الا خلايا حبيبية دقيقة شحمية لا نسيج لها وقد يشاهد مثل هذه المواد في الجوهر العضلى للقلب فايس من البعيد للعقل ان بعض الاستحالات الندية الجزئية للجوهر العضلى من القلب تكون ناشئة عن التهاب عضلى خفى في جوهره او عن التهاب عضلى زهرى

وأما الاصابة الزهرية للاحشاء الباطنة فقد سبق الكلام على الالتهاب

الكبدى الزهرى منها

وقد شاهد المعلم وجنود غيره من المؤلفين اصابات مرضية في غير هذا العضو من الاحشاء كالطحال والسكيتين والبنكر ياس وتلك التغيرات طابقة بالسكية لما يشاهد في السكبد وهى اما عبارة عن ثخن في الطبقة المغمدة لها

والخاصة بها او عن تيبسات منتشرة في جواهرها او عن تكونات عسدية محدودة فيها كما وان المعلم تورش قد تحقق له وجود الاصابة الزهرية في الرثتين على شكل تيبسات عسدية ذات مقاومة عظيمة ولون مبيض او مسود عقب تراكمات بجمنتية مسودة فيها ومع ذلك فالحكم على الاصابة الرئوية بكونها زهرية او غير زهرية امر عسر للغاية بل متعذر

واما الاصابات الزهرية الدماغية فهي اما عبارة عن التهابات محاطة من منة تعترى الام الجافية اما في سطحها الظاهر او الباطن او تعترى الام الحنون او العنكبوتية وتكون هذه الالتهابات اما محدودة او منتشرة وينتج عنها احيايا شلل في بعض الاعصاب الدماغية واما عبارة عن اصابات زهرية على شكل بورات وهذه الاخيرة كانت تعتبر سابقا خطأ بانها خراجات متكاثرة او درن متجنب وقد تبستى بالعظام وتؤثر على الاعضاء العصبية المركزية بطريق الضغط او امتدادا تهيج

ثم انه يتضح من تعداد الاصابات الزهرية في المنسوجات والاعضاء المختلفة ان مجلس الاصابة الزهرية متنوع جدا زيادة عما كان ينظر في السابق وان ما قرره المعلم وجنر من ان الورم الزهرى اى التولدات الصغية يصيب جميع المنسوجات والاعضاء الوعائية امر حقيقى

### \* (سير الداء الزهرى على العموم) \*

من الغريب ككون انتشار السم الزهرى في البنية ينشأ عنه زمنا فزمننا اعراض واضحة في ازمة اخرى مع عدم وجود شئ من العلامات الدالة على انتشار هذا السم في البنية سوى انتفاخ العقد الليمفاوية وفي الغالب يمضى بعد شفاء القرحة الزهرية الاولى اقله بعض اسابيع قبل ان تظهر اللطخ العريضة

والطفحات الجلدية الزهرية وغيرها من علامات انتشار السم الزهرى تزول ثم بعد ذلك يحدث غالباً من خال عن الظواهر المرضية الى ان تطرأ ظواهر مرضية اخرى بها تضطرب الحالة الصحية الظاهرية وهذه الترددات او النكسات التى تتعاقب في اثناء سير هذا المرض جملة مرات غالباً لم يمكن توجيهها الى الآن توجيهها شافيا ويختلف الزمر الذى يمضى بين شفاء الاصابة الزهرية الاولى وبين ابتداء انتضاح الظواهر الزهرية الثانوية كما يختلف



الزمن السكائن بين نكسات تلك الظواهر وبعضها وذلك باختلاف الاصول المرضية والشخصية ومعظم اسباب هذه الاختلافات والاثرات التي ينتج عنها قصر في جالة كون هذا المرض او طولها غير معلوم لنا ومع ذلك فن الظاهر انه في احوال جودة البنية والمعيشة الجيدة تطرأ الظواهر الثانوية بسرعة وتتردد كذلك دون الاحوال المغيرة لها وازيادة قصر مدة كون هذا المرض او طولها يتعلق بالمعالجة التي صار اجراؤها ولقد قرر المعلم ابريسم ونج من تكنا على تجار به العديدة ان الحالة السكائمة للذاهري لا تستمر جملة أشهر فضلا عن جملة سنين متى كانت المعالجة التي صار اجراؤها غير زبقة بل من حصول الظواهر الزهرية الثانوية ونكساتها غاية ما هنالك انها تنهح بعد ست اسابيع عقب شفاء القرحة الزهرية بالياسة الاولى وزوال الظواهر الزهرية الثانوية التي صارت معالجتها اخيرا ويجزم باعتبار كل مريض عو لم معالجة غير زبقة ولم تتردد عليه نكسة الذاهري بعدم معالجته بثلاثة أشهر انه شفي ولا بد شفاء تاما فان كانت هذه الامور حقيقة وتأييد بالمشاهدات كانت احوال كون هذا الذاهري استمرت مع التحقيق من عشر سنين الى عشرين متعلقة بالمعالجة الزبقة بلا شك غير ان حالة السكمون ذات المدة المستطيلة جدا كما ذكرنا يعدم النواذر على كل حال كما بعد كذلك اتضح الظواهر الثانوية الزهرية وظهورها قبل شفاء القرحة الزهرية الاولى الموجودة من منذ زمن قليل بل في الغالب تنح الظواهر الزهرية الثانوية وتظهر بعد شفاء الاصابة الزهرية الاولى بشمانية اسابيع او اربعة أشهر وكذا في النكسات او الترددات المتعاقبة للظواهر الزهرية الثانوية تكون في الغالب ايضا متباعدة عن بعضها

ثم ان تعاقب اعراض انتشار السم الزهري واجتماعها مع بعضها تتبع بالتقريب قاعدة منتظمة وهي أنه متى أصيب شخص بقرحة زهرية بالياسة وشفي منها فالغالب ان يظهر عنده بعد بعض اسابيع او أشهر لطخ زهرية عريضة وتضخم عنده الذبحة الحلقية الزهرية ويكون مصانا عن الاصابة بالرويا الزهرية او اللوبس الزهري او الاصابات العظمية الزهرية والعكس بالعكس اي انه متى وجد عند شخص نكسات في الظواهر الزهرية الثانوية كالاطبخ

العريضة والوردية الزهرية ونحو ذلك تظهر عنده الرويبة واللوبس الزهريان وقد سميت الاضطرابات الغذائية الشانوية الزهرية التي تظهر في الادوار الابتدائية من انتشار السم الزهري بالظواهر والاصابات الزهرية الشانوية واما التي تظهر عقب التسمم الزهري بزمن طويل وتصاب بعضها فتسمى بالاصابات الثلاثية الزهرية ويعد من الاصابات الثنائية الزهرية عادة كل من الخرجلات غير المؤلمة (اي انتفاخ العقد الليفية غير المؤلم) واللطح العريضة وجميع الطفحات الجلدية الزهرية ماعدا الرويبا واللوبس والقروح السطحية في الأغشية المخاطية والالتهاب القرصي كما يعد من الاصابات الثلاثية كل من الرويبا واللوبس ومرض العظام والاورام الصمغية للنسيج الخليوي تحت الجلد والغشاء المخاطي والمنسوج الخليوي الضام في الاعضاء الحشوية والاصابات الزهرية في العضلات والاعضاء الحشوية الباطنة وان قارنا كلام هاتين الاصابتين مع بعضهما وجدنا ان الاصابات الثنائية قليلة الخبث والثقل بمعنى انها ليست ذات صفات مفسدة كالاصابات الثلاثية وانها تكون في الغالب قاصرة على الاعضاء السطحية كالجلد والاعشية المخاطية بخلاف الاصابات الثلاثية فانها تصيب الاعضاء الغائرة الرئيسة وتقسيم الاصابات الزهرية الى ثنائية وثلاثية جيد كذلك من حيثية المعالجة بقطع النظر عن صفاتها المرضية الباتولوجية الخاصة بكل من هذين القسمين غير ان الحد الفاصل بين الاشكال الثنائية والثلاثية يعسر علينا اثباته كما وان المجادلات العلمية بالنسبة لجعل اشكال متوسطة بين كل من الاصابات الثنائية والثلاثية كالورم الخصي الزهري الذي لا يعد من جملة الاعراض الأولية للتسمم الزهري وبسبب اللوبس الزهري والاصابات العظمية الزهرية لا يتحصل منه على طائل ولا فائدة علمية

وقد تحصل الافات الزهرية الثقيلة في العظام في أحوال نادرة بعد انتشار السم الزهري بقليل ومذهب الاطباء المضاد للمعالجة الزيقية ينسب حصول الاصابات الزهرية الثلاثية بسرعة للمعالجة المذكورة بل زيادة عن ذلك يزعم ان استعمال المركبات الزيقية هو السبب في ظهور الاصابات الزهرية الثلاثية بناء على أن المركبات الزيقية تحدث ازدياداً عظيماً وارتقاءً في تأثير



السم الزهري في البنية و يقول أيضا ان الداء الزهري لا يصيب العظام متى لم يعالج بالمعالجة الزبينية وكل من هذين القولين وان كان غير حقيقى وفيه مبالغة الا ان كلامهم لم يحصل عن الحقيقة نوعا فان الداء الزهري ان لم يكن قد انطفي وحصل منه اضعاف البنية ونحو كثر ابواسطة استعمال المركبات الزبينية استعمالا مفرطا غير جيد فالغالب ان تنشأ اشكال ثقيلة خبيثة كاللوس واصابات العظام أكثر مما في الاحوال التى فيها يكون الداء الزهري مصيب الشخص لم يحصل في بنيته ضعف ولا نهوكة بل يكاد يظهر ان خبث الافات الزهرية وارتقاءها في كل نسكة وطر وهما في الاحوال التى فيها لم تكن استعملت مركبات زبينية مبنى كذلك على نهوكة البنية وضعفها الناتج من تردد النكسات السابقة وأقل ما هناك انه يشاهد العكس عند الاشخاص الاقويا الجيىدى البنية فانه ان لم يكن قد انطفي الداء الزهري عندهم تكون النكسات ولا بد أنخف من التى قبلها

ثم ان المرضى المصابين بالداء الزهري لا تظهر عندهم اضطرابات بنية عامة سواء كانت ظواهر جلية خفيفة (اعنى حتى طفحية) تسبق ظواهر العوارض الثانوية وتصاب بها بحيث ان هؤلاء المرضى يتحملون الانتشار الزهري زمنا طويلا بدون ان يحصل عندهم اضطراب بني واضح او حصلت عندهم نكسات متعددة وكان نومهم مضطربا بواسطة الالام العظمية واضطربت قواهم بواسطة التقيحات المستطيلة ولا سيما متى حصل عندهم ضعف في البنية بواسطة المعالجة الزبينية الشديدة فانهم يقعون في حالة نهوكة عمومية فيشاهد عندهم ما يسمى بالكاشكسيا الزهرية اعنى سوء القنية الزهري وهذه التسمية غير صواب فان انتشار السم الزهري لا يؤدي الى سوء القنية بكيفية لا واسطية بل يؤدي بها بكيفية واسطية اعنى بواسطة اضطراب التغذية العام الناشئ من جهة عن التسمم الزهري ومن جهة اخرى عن الطرق العلاجية المستعملة ولذا ان سوء القنية الزهري ليس له صفات مخصوصة يتسميز بها عن غيرها من النهوكة غير الزهرية هكذا وان الاستحالات المرضية الشحمية او الشوية لا يكبد والطحال والكليتين وغيرها من الاعضاء الباطنة التى كثيرا ما تصاحب سوء القنية

الزهرى لا تختص بفساد الاخلاط الزهرى بل تشاهد كذلك في أثناء سير  
التقيحات العظمية المستطيلة غير الزهرية وفي أثناء الكاشكية الاجامية  
والخزازية والراشيتية ونحو ذلك

### المعالجة

معالجة كل من التيبس الزهرى الابتدائي والقرحة الزهرية الاولى ينبغي  
أن تكون موجهة نحو الاصابة البنية العامة فان كلا من هاتين الظاهرتين  
الاوليتين ليس الا عرضا من اعراض التميم البنى العام  
وأما المعالجة الموضعية القاطعة فلا يمكن اجراؤها الا في أحوال الجماع الدنس  
الذى يعقبه تسليخ واضح لكنه في مثل هذه الاحوال ان احداث فساد في الجزء  
المتسلخ بالوسائط السكاوية لا نعلم ان كان عدم ظهور التيبس الزهرى وباقى  
اعراض الداء الزهرى ناتجة عن المعالجة القاطعة أم لا فانه لا يوجد عندنا  
علامات مميزة بين التسليخ الزهرى المتسم وغير المتسم وأما فساد الجزء  
المتصلب المتيبس بواسطة الكاويات واستئصاله بآلة فلا فائدة فيه بالكلية  
فانه يشكون في الغالب عقب ذلك تيبس زهرى آخر في احدى حوافى الجزء  
المنفسد والمستأصل وأما القرحة الزهرية الاولى فينبغى معالجتها طبقا لما  
ذكرناه في معالجة الشكر زيادة عن المعالجة العمومية فيجتمدا ابتداء في  
المنطقة وتستعمل تارة غيارات بسوائل ملطفة وتارة أخرى بسوائل منبهة مع  
من الجزء المتقرح مساسطحيا بالجير الجهنمى او يذر عليه قليل من الراسب  
الاجر

وبعلاج كل من التيبس الزهرى الاول والقرحة الزهرية الاولى من الباطن  
بواسطة المركبات الزييقية ما لم توجد أمور مخالفة لذلك ونحن وان علمنا ان كلا  
من التيبس الزهرى الاول والقرحة الزهرية الاولى يزول ويشفى بدون  
معالجة زييقية وان المعالجة الزييقية لا تمنع مع التأكيد من ظهور الاعراض  
الزهرية الثنائية الا ان الامر الحقيقي الثابت من أن شفاء القرحة الزهرية  
الاولية والتيبس الزهرى يحصل بسرعة بواسطة المعالجة الزييقية دون  
غيرها وان العوارض الثنائية تحصل بسرعة وان ظهرت متأخر ظهورها  
بالمعالجة الزييقية دون غيرها يكفىنا بانفرادها في تفضيل المعالجة



الزيبقية عن غيرها وزيادة عن ذلك فان الاستعمال الجيد مع الاحتراس  
 للمركبات الزيبقية ينسدر أن يؤدي لعوارض مكدره كما قرره المذهب المضاد  
 للمعالجة الزيبقية وقد كنت في ابتداء أشغالي بالطب العملي في السنة الاولى  
 لاستعمل المعالجة الزيبقية في الاصابات الزهرية اسكنى التزممت في السنة  
 الثانية باستعمال المركبات الزيبقية في معالجة كل من التيبس الزهري  
 الابتدائي وفي أغلب الاصابات الزهرية الثنائية وعدد المرضى التي عالجتها  
 بهذه الكيفية وان كان لا يمكن قياسه ومقارنته لعدد المرضى التي تعالج في  
 مرستان عظيم الا انه كاف لي في اثبات المبالغة التي قيلت في حق المعالجة  
 الزيبقية ونتائجها المكدره فان اغاب المرضى التي عالجتها في الداء الزهري  
 بالمعالجة الزيبقية بقيت في البلدة التي انا قاطن فيها تحت نظري وكنت طبيبيا  
 لعائلاتهم في منازلهم بعد زواجهم ولم تحقق لي النتائج المسكدره للمعالجة  
 الزيبقية لا فيهم ولا في ذريتهم كما ذكره وبالع فیه بعض الاطباء المشتغلين  
 بهذا المرض في المارستانات فقط ولم يلاحظوا مرضاهم بعد خروجهم من  
 المارستان لغيابهم عنهم فالشاهدة المستمرة من مئذنين عديدة مع  
 الملاحظة لعدد عظيم من الاشخاص التي عولجت بالمعالجة الزيبقية الصائبة  
 مع الاحتراس الزمني ان اكون من ضمن الاطباء المستعملين للمعالجة الزيبقية  
 وانتقالى من صف الاطباء المضادين لاستعمالها

وليس من خواص موضوعنا هنا تعداد جميع الطرق العلاجية الزيبقية  
 المشهورة ولا التعرض لكيفية اجراء كل منها بغاية الدقة مع ذكر الجيوب التي  
 يلزم تعاطيها في كل يوم وكيفية الارتقاء بعد تعاطيها والتزول به فانتنا نعلم ان  
 جميع الطرق العلاجية المضبوطة ضبطا كليا صناعيا ليست غير جيدة وغير  
 ضرورية فقط بل خطرة فانها تلجئ الاطباء غير المترنين الطائشي الذهن  
 على معالجة جمع المرضى بكيفية واحدة وقد دلت التجارب على ان تأثير  
 الزيبق في الداء الزهري ليس متعلقا بشكل هذا الجوهر الدوائي أي بان كان  
 اعداؤه على شكل تحت اوكسيد او اوكسيد او ملح او المركبات البودورية او  
 الكاورية كما ان تأثيره في هذا الداء غير متعلق بالطريقة التي يعطى منها  
 والذي يؤثر منها على الدم بان كان تعاطيه من طريق القناة الهضمية او الجلد

فالقاعدة العامة عند اعطاء المركبات الزبقية هو ان يراعى زيادة عن تأثيرها  
 المضاد للداء الزهري عدم ضررها للغشاء المخاطي للقناة الهضمية او تجنبه  
 بالسكبة وذلك اما بكوننا نتخبط من بكارية خفيفة التأثير على القناة  
 الهضمية وغير محدث لضرر عظيم على غشائها المخاطي او بكوننا نوصل الزيت  
 الى الدم من طريق الجلد متى اعتبرنا ان التأثير المضر الذي يحدثه كل من  
 تعاطى الزيت الخلوو يودور الزيت وغيره من المركبات الزبقية على الغشاء  
 المخاطي المعوي عظيم للغاية التزمنا بالاقرار بان اعادة استعمال الطريقة  
 العلاجية الزبقية بذلك على الجلد من الامور المهمة في تقدم معالجة الداء  
 الزهري امكن حيث اتينا علم ان التأثير المضر للمركبات الزبقية قليل ووقتي فلا  
 يمكننا ان نتضم الى الاطباء الذين بالغوا في مدح اعادة المعالجة الزبقية بذلك  
 على الجلد بالغة عظيمة واعتقدوا ان ذلك من المفاخر العظمى التي تعود  
 عليهم ومع ذلك فليس المقصد من هذا القول بان الداء بالمرهم السجاني على  
 الجلد ليس من الطرق غير الجيدة وغير النافعة في معالجة الداء الزهري بل  
 اننا نتحجج لاستعمالها بكثرة في الطب العملي فان هذه الطريقة يمكن ان  
 ينتج عنها من المنفعة مثل ما ينتج عن جميع الطرق العلاجية الزبقية ولا  
 نعلم لها ضرر اسوى انما تحدث التلعب احيانا بكيفية سريعة وكثيرة الشدة  
 ز يادة عن غيرها من الطرق العلاجية الزبقية وتنبع في استعمال هذه  
 الطريقة ما قرره الشهير سيجموند (فانه لا ينتج عنها الضرر العظيم مثل  
 المعالجة الزبقية بذلك التي قررها كل من المعلم لوفرييه وروست) لكننا  
 لا نتبع ما قرره الشهير سيجموند من كل وجه بالنسبة لاجراء طريقة الداء  
 الزبقي انما نستعمل ذلك كل يوم بعد استعمال حمام فاتر او حمامين بقدر  
 جرام من المرهم الزبقي الى اثنين او يقدر جرامات (عنى درهما) والعادة  
 انه يدلك به في اول يوم من الجهة الباطنة من الساقين وفي ثاني يوم من الجهة  
 الباطنة من الفخذين وفي ثالث يوم من الجهة الانسية من العضدين وفي  
 اليوم الرابع على الظهر وفي اليوم الخامس على انسي الساقين من جديد  
 وليس من الضروري بالسكبة اتباع هذا الترتيب في الداء على هذه الاجزاء



و بفعل ذلك بواسطة المرضى نفسها في الاجزاء التي يمكن وصولها اليها  
وتفعل من خدما المرضى في غيرهما من الاجزاء ومدة ذلك تكون من عشر  
دقائق الى ربع ساعة وقبل تكرار ذلك على جزء من هذه الاجزاء مرة ثانية  
ينبغي غسل الاجزاء التي دلكت قبيل ذلك بالماء مع الصابون وقاعة المرضى  
لا ينبغي ان تزيد حرارتها عن اربعة عشر الى ستة عشر رومير مع تجديد  
هوائها كل يوم ولا مانع من تجديد ملابسهم واما ضم الطريقة العلاجية بالحمية  
القاسية الى الطريقة العلاجية بذلك بالمرهم الزبيقي فليس واجبا بل  
مضرا ومتى اتضحت العلامات الابتدائية للتلعب الزبيقي فينبغي ايقان  
الدلك مع تنظيف الجلد من المرهم المتشبت به بواسطة حمام فاتر او غسله غسلا  
جيدا بالماء مع الصابون وان حصل وقوف في شفاء القرحة الزهرية او تحلل  
التيس الزهري بعد زوال التلعب أو لم يتقدم تحسین الظواهر الثنائية  
فيما اذا كانت المعالجة مستعملة ضد الظواهر الثنائية الزهرية وجب  
تكرار الدلك اذ بذلك يكاد يتم الشفاء

والقاعدة العامة في ايقاف المعالجة عند ظهور التلعب لا تتبع فيما اذا  
كانت المعالجة الزبيقية بواسطة الدلك او بواسطة الحقن تحت الجلد فقط بل  
تتبع ايضا مهما كان نوع المعالجة الزبيقية وذلك لانتنا اعتبار ان ظهور التلعب  
علامة جيدة دالة على امتصاص كمية كافية من الزيت ودخولها في الجسم  
ومهما كان الدلك بالزبيقي على شكل مرهم او كان دخوله في القناة  
الهضمية على شكل مركب فلا بد وان يمتص جزء من المقدار المستعمل والجزء  
الآخر اما ان يبقى على الجلد او يتساقط مع المواد البرازية حتى وان كان من  
المعلوم ان نسبة الدقة عظم كمية الزيت التي ينبغي ادخالها في الدم لاجل شفاء  
آفة زهرية شفاء تاما فلا بد وان لا نعلم ما مقدار المرهم الذي ينبغي الدلك به  
ولا مقدار الزبيق الحلو ولا يودور الزبيق ولا السايما في الذي ينبغي استعماله  
من الباطن حتى يحصل على العناية المطلوبة فالتلعب وان كان ليس امرا  
دالا على كمية الزيت الممتص الا انه لا بد وان يدلنا دلالة أكيدة على دخول  
كمية من الزيت في الجسم كافية في احداث تأثير جيد على البنية بتمامها  
وقد ترتب على كون التأثير الجيد للبركات الزبيقية المبين بالتلعب يعقب

بنتيجة ثانية وهي ابتداء شفاء الاضطرابات الغذائية الزهرية باعتبار هذا  
 التلاعب خطا، انه بجران جيد وهذا الاعتبار يقول به كثير من الاطباء  
 سيما الاقدمين فان اعتبرنا حينئذ طبقا لما سبق يساهم ان ظهور التلاعب عند  
 استعمال طريقة علاجية زببقية علامة جيدة ( كمدد الحدة عند  
 معالجة الهرع بالأتروين ) دالة على ادخال كمية كافية من الزيت في  
 الجسم لا توضح لنا ان طروء التلاعب بسرعة عند استعمال اى طريقة علاجية  
 زببقية ليس دالة على ضررها بل على منفعتها انما يعتبر من الضرر العظيم  
 عدم ايقافها وقطع استعمالها قبل ان يصل هذا التلاعب الى درجة عظيمة  
 فان التلاعب ليس له خواص شافية وينبغي معالجته بالمعالجة الالتهبية  
 ظهر بواسطة كلورات البوتاسا محالولا ( درهم منه على ست اوقا اعني ٤ جرام  
 على ١٨٠ من الماء ويعطى من ذلك ملء ملعقة كل ساعتين او باعطاء  
 هذا الجوهر المذكور على شكل اقراص ) والامر المعلوم المضر من انه عند  
 استعمال طريقة ذلك الزببق لا يمكن معرفة مقدار الزيت الذى دخل في  
 الجسم عند ذلك بالمرهم الزببق على الجلد قد زال من منذ استعمال الحقن  
 تحت الجلد بواسطة محلول السليمانى فانه بهذه الطريقة التى ساوت طريقة  
 المعالجة الزببقية بذلك بل فاقت عنها يمكن معرفة مقدار الزيت الذى دخل في  
 الجسم بكيفية اتم حتى ان طريقة استعمال المركبات الزببقية بالحقن تحت الجلد  
 بها يمكن صون المعدة والقناة المعوية مثل صونهما فى طريقة المعالجة بذلك  
 الزيتى وانعترف اننا فى الابتداء لم نكن نقبل الحقن تحت الجلد بواسطة  
 محلول سليمانى ولم نعترف بمنفعته ولم نتبع استعماله الا بعد ان اوصى  
 به كثير من مشاهير الاطباء فانتا كما تخشى من ان الآلام التى يمكن ان تنتج  
 عن الحقن تحت الجلد بواسطة محلول السليمانى والتهاب الجلد وتكرره  
 تذكر جزئيا ليست بنسبة المنفعة التى تترتب على استعمال هذه الطريقة  
 وقد دللتنا التجارب على خلاف ذلك فان الآلام التى تحصل من استعمال  
 الحقن تحت الجلد قليلة مطابقة قصيرة المدة مادام المحلول مخففا تخفيفا  
 كافيا كما وانه يمكن تجنب حصول التهابات الجلد وتكرره بواسطة  
 تخفيف السائل ايضا ويظهر ان امتصاص السليمانى بالحقن تحت الجلد



سريع جدا كما تمصا من المورقين عند الحقن به تحت الجلد وبمباراة اخرى  
منافع هذه الطريقة تفوق بالسكية عن عوارضها بحيث ان كل طبيب اشتغل  
في الزمن الاخير بمعالجة الداء الزهري بواسطة الحقن تحت الجلد يستترف ان  
الطبيب (ليفين) الذي ادخل هذه الطريقة في معالجة الداء الزهري  
استحق بلا شك زيادة الفضل والمدح وكما نستعمل سابقا في الاكلينك الحقة  
البسيطة السهلة الثمن (للعالم لتر) التي تقبل نحو اثني عشرة قمعته اعني  
(٧٢ سنتجرام) من السائل وكما نحقق بها مقدار اثني عشرة نقطة من المحلول  
السليمانى المركب من قمعته على درهم من السائل اعني (٦ سنتجرام) على  
٤ جرام من الماء ثم استعملنا بنجاح الحقن مرة او مرتين كل يوم بمحلول مركب  
من قمعته من السليمانى على نصف اوقية من الماء المقطر ونحقق هذا السائل بواسطة  
من السليمانى على ١٥ جرام من الماء المقطر ونحقق هذا السائل بواسطة  
حقن بيكريت التي تسع نصف درهم من السائل اعني ٢ جرام فيكون  
مقدار السليمانى المحقون في كل مرة ١ من قمعته اعني (٧٥) ملليجرام

اي في محلول اخف من المحلول السابق اربع مرات وقد اتضح لنا جودة  
استعمال الحقن بالسليمانى تحت الجلد في الاكلينك الخاص بنسابة صر  
العينى مرات عديدة لاسيما في الاصابات الزهرية الدماغية وكما نستعمل هذا  
الجوهر محلولاً بالكيفية الآتية وهو ان يحل واحد دسلى جرام من السليمانى  
في عشرة جرامات من الماء او في جرامين ونصف من الجلسرين وسبعة ونصف  
من الماء وكما نحقق بهذا المحلول في صفرين نصف حقنة بمعنى ٥ دسلى جرام من  
المحلول فيها ٥ ملليجرام من السليمانى وبهذه الكيفية تكون العوارض  
الموضعية للحقن تحت الجلد بالسليمانى نادرة

والجوهر الذى نستعمله من الباطن في اغلب الاحوال عند وجود التيس  
الزهري او القرحة الزهرية الاولى هو الزيق الحلو فان هذا الجوهر  
الدوائى لا بد وان تأثيره المضر على القناة الهضمية غير عظيم وغير مستمر دون  
باقى المركبات الزبقية سيما اذا كان استعماله من الباطن بمقدار لطيف  
مناسب ولو كان تأثيره بخلاف ذلك مع كثرة استعماله في الطب الاعمالى  
عند الاطفال وغيرهم لشاهدنا منه ضررا عظيما عند كثير من

الاشخاص وما علينا الا ان تنبه على كثرة استعمال كل من مسحوق بلومير  
 في الارماد المختار يرية وغيرهما من الآفات المختار يرية ايضا واستعمال  
 المقادير الصغيرة من الزبيق الحلو في معالجة اسهال الاطفال والمقادير  
 العظيمة منه المستمرة التعاطى الى ان يحصل التلب في الذبحة الغشائية  
 الخجيرية والالتهاب البليوراوى وغيره من الآفات الانتهائية لم يزل  
 مستمرا الى وقتنا هذا بل كان من قبل بعشرين او عشرين اكثر انتشارا  
 وقد دلت التجارب العديدة على ان كثيرا من الاشخاص الذين يستعملون  
 الزبيق الحلو مدة قصيرة او طويلة من الزمن ولولم يكونوا مصابين بالداء  
 الزهري لا يحصل لهم اذى في ضرر بالنسبة لضعفهم ولا لصحتهم العامة بل تبقى  
 صحتهم كما كانت قبل استعمال هذا الجوهر الدوائى وقلة استعمال الزبيق  
 الحلو في الامراض الزهرية في بلاد انايا وقله شهرته فيها بانه مضاد للداء  
 الزهري وتفضيل استعمال السليمانى الا كافي هذا الداء عند كثير من  
 اطباء سواء في الاصابات الاولى والثانوية انما نتج عن الاعتراضين  
 الاتيين وهما كثرة حصول الاسهال الذي يحدثه الزبيق الحلو وسرعة  
 احداثه للتعب غير ان هذين الاعتراضين يمكن رفضهما بسهولة وهوان  
 الاسهال الذي يحصل في ابتداء المعالجة الزهرية بالزبيق الحلو لا يستدعى  
 انتطاع المعالجة (بقطع النظر عن كونه يزول من ذاته في الاسبوع الاول) كما  
 اتضح لنا ذلك من المشاهدات العديدة وانه مع حصول الاسهال فطرو  
 التعب بسرعة لنسب لالة أكيدة على ان الزبيق الحلو لم ينقدق الى الخارج  
 بتمامه بل انه امتص منه مقدار كافى في المعاء ووصل الى الدم واما الاعتراض  
 الثانى فترفضه بان ظهور التعب بسرعة من الامور التى يترتب عليها تفضيل  
 استعمال الزبيق الحلو سهولة تأثيره لا رفضه ونسب انه في الاحوال التى  
 بها يتأخر طرور التعب وظهوره عقب وجود استعدادات شخصية زيادة عن  
 الزمن الذى ينتظر طروره فيه أو عدم ظهوره بالسكينة يوقعنا ذلك في المخاطرة  
 بادخال كمية عظيمة من الزبيق فى الجسم فانه ليس عندنا امر آخر نرتكس  
 اليه فى قطع استعمال المركبات الزبيقية سوى ظهور التعب ويعطى البالعين  
 من هذا الجوهر الدوائى مقدار قهجة على مرتين او قهجة ونصف على ثلاث



مرات ويكرر ذلك ثلاث مرات في النهار وعند استعمال هذا الجوهر الدوائي  
مصحوقا يلف بورق البرشام وذلك لاجل منع تأثيره على الغشاء المخاطي  
الفمى مباشرة لكن العادة ان يعطى الزيت الحلو على شكل حبوب وذلك  
بمزجه بمصحوق العرقسوس وخلاصته ويصنع حبوب منه تشتمل كل حبة على  
نصف قمحة

ويفضل بعد استعمال الزيت الحلو في الداء الزهري بودور الزيتق الاصفر ولا  
نعرف وجه تفضيل هذا الجوهر الدوائي على الزيت الحلو عند بعضهم  
فاننا نشاهد حصول مغص شديد في البطن عقب استعماله استعمالا  
مستمر وهذا المغص لا يشاهد مطلقا عند حصول الاسهال الناتج عن  
استعمال الزيت الحلو ولذا يضم اليه الشهير بكور الذي اوجبت شهرته  
الى تفضيل هذا الجوهر الدوائي عن غيره من المركبات الزيتية واستعماله  
المسكنات المستعملة بكثرة وتصنع بالكيفية الاتية الحبوب الممماة باسمه  
بان يؤخذ من بودور الزيتق الاصفر درهم ونصف اعني ٦ جرام ومن  
خلاصة الافيون المائية وقمحات اعني ٥٠ منقجرام ومن خلاصة خشب  
الانبياء المائية درهم واحد اعني ٤ جرام يمزج جميعها ويعمل ٣٦ حبة وقد  
استعمل ابتداء بـ ١٠ كور من هذه الحبوب واحدة او اثنتين في اليوم  
واكون استعمال هذه الحبوب ينتج عنه آلام شديدة في البطن ولومع اضافة  
الافيون اليها قد ترك استعمال بودور الزيتق من منذ زمن طويل

وتنبه العادة عندنا في استعمال بودور الزيتق الاصفر هي اعطاء حبوب  
ريكور المركبة بالكيفية الاتية وهي ان يؤخذ من  
بودور الزيتق الاصفر

خلاصة الافيون المائية ١٥ منقجرام

خلاصة خشب الانبياء ٥٠ جرام

يمزج ذلك ويصنع منه ٤٠ حبة تغلف ويعطى منها كل يوم من حبتين الى ثلاثة  
او تعطى هذه الحبوب المركبة على حسب طريقة سيجموند وهي  
بودور الزيتق الاصفر

افیون زنی      من کل      ۴۵ ستمبر

خلاصة في حساب الانبعاث

معجزة العرق وس  
مركب كية كافية

بیمزج ذلک ویسنع منسه ۳۰ حبه توف و یعطی منها کل یوم من حبته ین فی  
الابتداء ثمار بوقت فیما بعد

ومن الجواهر الزئبقية المسمومة ايضا اناء الزمري السليم. الا كال  
تذكيره هنا مع الاختصار فانتار لو لم نذكره في اتمه الى ولا عدد حلال ان

هذا الجوهر الدواني لم يزل أكثر استعماله في معالجة الداء الزهري عند أغلب  
الاطباء والخواص السكاوية لسهولة ماني الاكل تمنع من استهلاكه بكمية

الخطبة ولا تدح الزيادة التدريجية في مقادير هذا الجواهر عند اعطائه من  
الباطل وانما قرآن المشبه باسمه هذا الجواهر تدريجيا لاجل ذلك وادارة

در این کتابها که در اینجور است از این جهت که در این کتابها که در اینجور است

وہی ہے جس نے ان کے لئے یہ نیک اعمال کا راز کھولا ہے۔

بسم الله الرحمن الرحيم  
الحمد لله الذي هدانا لهذا الذي كنا لنهتدي لولا أن هدانا الله

هم بفضل اساميان عن غيره اربك اسار ثمة كباد في خدام عبيد  
كنا نك - م د ا ك ا ك كثر ام الرخيم الماء بالداء الزهرى يشفى

برای این که بتواند در این کار موفق شود، باید که در این کار

راجع الیہ تو اس قدر غریب ہے کہ یہ سب سے زیادہ  
 مذکور ہو رہا ہے۔

فانما هو الذي كان في ذلك الوقت من

۱۰۰

٢٢ الى ح



الى ٤ ويعطى ذلك على اربع مرات  
 فيوهاهي الحبوب المستعملة على طريقة زوند  
 ثاني كلورور الزئبق ٥ ا ح أعنى ٩ سنتي جرام  
 لب الخبز لك

يعمل مع حبات ويعطى من ذلك في الابتداء حبة واحدة ثم يرتقى في  
 الشغل على كل يوم أو اثنين أو ثلاثة الى ان يصل الى استعمال التسع حبات  
 كل يوم

في واما الحبوب المستعملة على طريقة ايبرفيمر  
 ثاني كلورور الزئبق ٣ سنتي جرام ا ح أعنى من ثمانية الى ثلاثة  
 ارباء

محقوق العرقسوس وخلاصته لك يعمل من ذلك أربع حبات تدعى على أربع  
 مرات في النهار ويستمر على ذلك بدون ارتقاء بشرط ان يكون تناولها والمعدة  
 محتوية على مطعومات

ولاجل تجنب التأثير السليماني على المعدة قد فضل بعضهم اعطاء  
 هذا الجوهر على شكل زلال السليمانى أعنى من زلال البرش مع السليمانى  
 وهو المركب الذى يتكون عقب ادخال السليمانى النقي في المدة وملاصته  
 للغشاء المخاطي للمعدة وفي الحقيقة دلت التجارب ان اذبه هذا كيف يمكن  
 اعطاء السليمانى من الباطن بصفة اذبه هذا سيقى به دون ضرر وان فعلنا  
 استعمال السليمانى الا كان على غيره من المركبات الزئبقية لاستعماله بهذه  
 الكيفية والنسبة بفرنس بر ونج يعطى زلال السليمانى بالكيفية الآتية  
 وهي اربو خشم

ثاني كلورور الزئبق  
 ا دس جرام أعنى قهقهتين ٣  
 زلال بيضا واحدة

ساعة طرحة أداة ١٠٠ جرام حرام

كلوريدات النوبس ٤ جرام أعنى درهم واحد

ينزله بيضا ويعطى مره في الخلط كل ساعتين في قهقهة  
 وقد اتى به في كتابي تبين في بناءها بالزئبقية بالبيان في تبين ان

يكون موافقا لحالة المريض ومرايا غالبا استعمال الحمية الطبيعية بدون  
الجوع المفرط بل توجد أحوال ينبغي فيها استعمالها برغذائي  
مقوكا ذكرناه عند كلام على السنسكريتي القرحة الزهرية الزخوة زاما  
استعمال المعرقات هنا بعض المغليات كالعشبة كاهو والماء الجارية والازوم  
لهو في أثناء استعمال هذه المعالجة تقوية التأثير ينبغي صون المرضى عن  
جميع المؤثرات المضرة وذلك بعدم تعرضها ونظام عيانتها مع الاقفة  
الواجب حفظ المسعملين للمعالجة الزبقية في أودهم مدة الشتاء  
وعيادتهم في كل يوم

وحيث قد ذكرنا ان كلام التيس الزهرى القولى وانه راحة الزهر  
ايامه وان كان يشفى بدون معالجة زبقية غير ان كلامها بدونها يبطئ  
شفاءه عا اذا استعملت تلك المعالجة الزبقية وانه بدونها سرع حصول  
الظواهر الزهرية ثمانية فحين ذلك بالندبة ورق الدجاجة اخرى  
كطريقة المعالجة بالحمية القاسية مع المعالجة بالمسيلات المحيية في واحد  
وكذا صبوخ (زيت من) وغيره من المطبوعات المركبة التي يقفها التأثير  
على الجلد والكيتين والمعاء وتبنيه نعلها مع الحمية القاسية في انواء  
فان استعمال هذه الطرق العلاجية استعمالا قويا واحداث تقصير عظيم في  
حالة التغذية العامة للجسم بواسطة مطبوخ (زيت من) مثلا السيدا والمركب  
يمكننا ولا بد احداث سرعة عظيمة في شفاء الاصابات الزهرية الزبقية  
كثيرا ما نرى انه يرجوع القوي للمريض بعد الجوع مدة أحد عشر يوما أو اثنين  
وعشرين يوما زوال العرق والاسهال تبتدئ الظواهر الزهرية الثنائية في  
الظهور حالا واما استعمال المركبات الودية في الاصابات الزهرية الأولية  
فلا ثمرة فيها الكنه مدوح بكثر من الاطباء المشتغلين لضرب النمل الذي  
او المدن الصغيرة والذين يندرمع الجتم لمداء الزهرى وعند ههه عيب عظيم  
من استعمال المركبات الزبقية

والاصابات الثلاثية لمداء الزهرى ينبغي معالجتها بالحمية  
والاحتراس فان الخطاء في المعالجة في مثل هذه الاحوال ترتب  
عليه ضرر عظيم جدا زيادة عما شاهد في غير هذا المرض والمعالجة



الزئبقية لها نجاح عظيم أيضا في هذه الاصابات الزهرية فانه لا ينتج عن  
 استعمالها تحسين تلك الاعراض فقط وشفاء وابل ينتج عنها في كثير من  
 الاحوال شفاء تام في المرض الاصلى البنى لكن ار استعمال المعالجة  
 الزئبقية في الاحوال غير الزئبقية فيموت تكرارا استعمالها بغير دقة واحتراس  
 فانها لا تطفئ الداء الزهرى بل تكسبه شكايا خبيثا بداهية تصاب العظام  
 وتنفسه . . . استعمالات من خيفة في الاحياء باطنة بل ويمكن ان تهدد  
 حياة المريض فانتا ان لم تشاهد في العصر المستجد الاشكال الثقيلة الحديثة من  
 الداء الزهرى وتحتكاته اهل كماله كما كان يشاهد في العصر السابق فاذالك  
 الامن عدم استعمال طريقة الداء الزئبقية على حسب الطريقة القديمة  
 الخطرة وغيرها من الطرق العلاجية الزئبقية القديمة ومن كون استعمال  
 المركبات الزئبقية في عصرنا هذا صار بغاية الاحتراس والدقة ودلالات  
 استعمال المعالجة الزئبقية في الداء الزهرى صارت اساسها على النول الاتي  
 وهو ان الاصابات الزهرية الثنائية تستدعى استعمال المركبات الزئبقية  
 بخلاف الاصابات الزهرية الثلاثية باستدعى استعمال المركبات اليودية  
 وهذا القول وان كان غيرا كيد لا يخلو عن حقيقة فان الاصابات الزهرية  
 التي تعد حقيقة من الظواهر الزهرية الثنائية تستدعى في غالب الاحوال  
 استعمال المركبات الزئبقية والاصابات الزهرية التي تعد حقيقة من  
 الظواهر الزهرية الثلاثية لا تستدعى استعمالها غير ان يضاف الى القول  
 السابق ولا بد ان الاصابات الزهرية الثنائية في تكرارها بالمرات  
 الزئبقية بدون نجاح تام فانها لا تستدعى تكرار استعمال المعالجة المذكورة  
 ومما ذكرناه في سير الداء الزهرى تنضح القواعد التي ينبغي اتباعها واتمسك  
 بها في معالجة هذا الداء فان القاعدة العامة المتمسك بها عادة وان كانت  
 حقيقة فليست اكيدة ولا بد في اصابته من بلطخ مريضه او بفتح  
 جلد زهرى او بغيره من علامات الداء الزهرى الذي وكان قد اعتراه  
 من منذ زمن كثيرا طول اوقايه يسر زهرى اولى او ثلثة زهرية  
 باسنة اولية فلا ينبغي التأخر من اجراء المعالجة الزئبقية سواء كان قد استعمل  
 معالجة زئبقية في الاصابة الاولى أم لا وذلك بازيمته على الحقن تحت الجلد

بواسطة محلول السايماي كما تقدم ذكره ومحلول بيونات السليمان وهو  
الممدوح في البصر المستجد اوبان يعطى الزئبق الحار من الباطن اولئك  
بالمرام الزئبقي ولا يستعمل في ذلك الا حلتان الاولى ان تكون الحالة العامة  
للمريض مضطربة اضطراراً عظيم او واقعة في ذمة عظيم اما بسبب الآفة  
الزهرية او بسبب استعمال معالجة زبقية رابطة استعمالت ضد الاصابة  
الاولية

الثانية شكل الانسابة الزهرية الذي يمنع من استعماله ذلك كالاصابات  
الزهرية العظمية والبيوسية مثلاً فهاها الحالان المستثنان النادران  
اللتان تمنعان من استعمال معالجة زبقية عند اية اظهرت علامات التسمم  
الزهرى البنى فانه يكاد يكون اكيد ان الداء الزهرى ان لم يشف بالمعالجة  
الزبقية في مثل هاتين الحالتين لا بد وان يكتب وصفة جديدة للغاية

وأما نجاح المعالجة الزبقية في انفسا انفسا نائدا زهرى فيتحقق  
لغايتها ما لم يجد في الزئبق من قبل كانه قد ذكر. فكل من الاطخ بعريضة  
والطفحان الباردة ووجبات احلالية زهرية يزيل بسرعة عظمة جسد  
عقب استعمال المعالجة الزبقية بل في تلك احوال عديدة فيها لا يحصل شفاء  
العوارض الزهرية المذكورة بالمعالجة الزبقية فقط بل ينشئ الداء الزهرى بهذه  
المعالجة شفاء تاماً وذلك وجداً. والآخرى فيها لا يشفى هذا الداء شفاء  
تاماً بواسطة هذه المعالجة وينطفي بالكلية بل يصير كامناً فقط وفي مثل هذه  
الاحوال تظهر اعراض اخرى للداء الزهرى بعد زوال انظواهر الثنائية  
اعنى تحصل فيها نكسات تحتاج على اختلافها المعالجات مختلفة فان كانت هذه  
النكسات عبارة من اضطرابات غذائية ضعيفة او طبعية. بضعة مطحبة على  
اللسان او بثور خفيفة على فروة الرأس وكانت جديدة بالاسباب انظواهر الزهرية  
الثانوية السابقة عليها لا جود في مثل هذه الاحوال عدم استعمال معالجة  
زبقية فان الداء الزهرى لا ينبغي بقاءه على الدوام بل الغالب ان يكون  
انطفائه مع التدرج ببطء ونحن نتعسف في هذا لا نفاء التدرجى البطي  
مادامت النكسات المستجدة اكثر خفة وجوده عن التي سبقت عايرها  
واستعمال طرق علاجية زبقية في الاحوال المذكورة اخيراً وان ذكرنا انه  
لا فائدة فيه نوصى بملاحظة مثل هؤلاء المرضى مع لدقة التامة باستعمال



تدبير غذاءى لطيف وحفظهم من جميع المثرات المضرة حتى تزول العلامات  
 الاخيرة من الداء الزهرى ومن الجيد عند مثل هؤلاء المرضى اتباع الطريقة  
 العلاجية بالجعة القاسية بل واستعمال مطبوخ المعسل زيت من فان المعالجة  
 بهذه الكيفية وان كان لا ينتج عنها عند ارتفاع الداء الزهرى الى اشد درجاته  
 الامنة وقتية فقط يظهر انها نمرع في الشفاء التام لهذا المرض عند  
 ما يكون اخذ في الانطفاء وأما ان ظهر من النكسات ان المرض لم يكتسب سيرا  
 حميدا بل كانت الاضطرابات الغذائية الجديدة قوية واقوى من التى سبقت  
 عليها وكانت من ضمن الظواهر الثنائية للداء الزهرى أيضا ولم يكن قد اترى  
 بنية المريض ضعف واضح فلا مانع من استعمال المركبات الزئبقية نانيا بل وقد  
 يكون استعمالها بكيفية اقوى واشد من المعالجة الزئبقية التى سبق اجرائها  
 وذلك فيما اذا ظهرت قروح زهرية في الخلق وامتدت بسرعة واصطحبت  
 بالتهاب حنجري مثلا فيؤمر في مثل هذه الاحوال باستعمال ذلك بالمرهم  
 الزئبق بمقدار درهم اى اربعة جرام او يعطى مقدار عظيم من الزئبق الحلو  
 كفاى طريقة وايتهام ذلك بان يعطى كل يوم والثانى او كل يوم قدر ١٠  
 قمحات من الزئبق الحلو مرتين في النهار وعندنا تجارب عديدة يضارب بها  
 ما ذكره من الاعتراض كثير من الاطباء في حق هذه الطريقة العلاجية بالقول  
 بانها غير جيدة وانها تعتبر مجرد طريقة علاجية سهلة وانه لا ينتج عنها تلعب  
 وليس لها تأثير جيد على سير الداء الزهرى وشفاء الاصابات الزهرية فان  
 تجاربنا العديدة تؤيد نجاح هذه الطريقة

وأما ان كانت نكسات الداء الزهرى من الاصابات الزهرية الثلاثية أو من  
 الاصابات التى تعد بين الثنائية والثلاثية وكانت بنية المريض قداء تراها  
 ضعف اما بواسطة الداء الزهرى او بواسطة استعمال المركبات الزئبقية فلا  
 ينبغى استعمال المعالجة الزئبقية الكلية بل انها خيرة جدا في هذه الاحوال  
 ولذا لا نستعمل الزئبق ولو عند وجود احد الادوار السابق ذكرها اعنى  
 شكل النكسة الزهرية او ضعف البنية ونظن انه بهذا الاحتراس يمكننا تجنب  
 مضار المعالجة الزئبقية بالكلية

وأما دلالات استعمال المركبات اليودية في الاصابات الزهرية فلا حاجة

اطول الكلام عليها فانها تستعمل مع غاية النجاح في جميع الاحوال التي  
 فيها يتشم بانطفاء الداء الزهري انطفاء ذاتيا سر يعاوفي جميع الاحوال  
 التي فيها لا ينبغي استعمال المركبات الزئبقية تبعا لما بيناه سابقا ومنى  
 اقتصر في استعمال المركبات اليهودية على الاحوال المذكورة واستعملت  
 فيها مع غاية الاقدام والاستمرار والانتظام كما ذكرناه في استعمال الطرق  
 العلاجية الزئبقية اتضح لنا ان منفعة اليهود في الداء الزهري لا تتأخر عن  
 منفعة الزئبق بل تضاهيها في القوة والجدوة والمركب اليهودي المستعمل بكثرة  
 في الداء الزهري هو يودورا ثيو تاسيوم والغالب استعمال هذا الجوهر  
 الدوائي محاولا بقدر ستة دسجرام الى جرامين في كل يوم واستعمل بعض  
 الاطباء قادير اعظم من ذلك كما ان بعضهم اضاف الى هذا المحلول قهوة او  
 اثنتين من اليود نفسه بقصد تقوية فعله لكن الذي يظهر ان ذلك لا يزيد  
 الفل الجسد ليودورا ثيو تاسيوم وكذا يودورا الحديد له منفعة عظيمة طبقا  
 لتجار بنا ولوقال بنسلاف ذلك بترسيخ ولا سيما تظهرفائدته العظمى في  
 الاحوال المصحوبة بانيميا واضحة العادة استعمال هذا الجوهر الدوائي  
 على هيئة شراب بان يؤخذ من شراب يودورا الحديد ٧ جرام اعني درهمين  
 شراب بسيط ٦٠ جرام اعني اوقيةين ويعطى من ذلك بعد منجه مامل  
 ملعنة شاي كل ساعتين وهذا المركب جيد المنفعة في الاحوال المذكورة  
 اخيرا وقد شاهدنا من تأثير حصول التهابات نزلية يودية وخفجات يودية  
 جلدية ايضا وظهور مثل هذه الاعراض عند استعمال الطرق العلاجية  
 اليهودية ياجب ان يظهر التعجب عند استعمال الطرق العلاجية الزئبقية  
 لقطع الحاجة

والمغالطة اليهودية ينبغي ان لا تعجب بوضع المريض في حمية قاسية وذلك  
 بالنسبة لحالة العامة التي استوجبت استعمال هذه الطريقة لا طريقة  
 نفسها بل ينبغي ان يؤمر باستعمال أغذية قوية ويسمى باستعمال مشروبات  
 روحية قوية كالانبة والبوزة ان سمحت الحالة بذلك بل وعندها وجود حالة  
 ضعف عظيمة لا نفع من ان يضم الى استعمال اليود والحديد استعمال  
 المركبات الكينية او زيت كبدا الحوت





هنا في معنى به اشكال الداء الزهري للولودين جديدا الناشئة عن الداء  
الزهري البني للاب وقت الجماع أو الداء الزهري للام وقت العلق وأصابته  
للجنين وليس من المعلوم لنا مع التأكد كيفية انتقال الداء الزهري من  
الاب أو الام الى الجنين ولذا لا تعرض الا الى ذكر الامور المهمة المعروفة  
من هذا الداء بدون ان نتعرض لتوجيهها

ومنى حصل العلق عند امرأة مصابة بالداء الزهري الثانوي فالغالب  
ان يهلك الجنين بسرعة وينتذف اربوا سطة الاجهاض أو الولادة  
السريعة والتعفن الممتد مثل هؤلاء الاجنة يمنعنا في مثل هذه الاحوال  
غالباً من التحقق بوجود أثر الداء الزهري في الجنين وكذا اذا حصل الحمل  
عند امرأة سليمة واعتراها الداء الزهري الثانوي في اثناء حملها فالغالب ان  
ينظر د الجنين المتعفن بواسطة الاجهاض أو الولادة وفي احوال أخرى قد يتم  
الجل لسكن الطفل يهلك قبل الولادة بزمان قليل أو في اثناء حصولها ويشاهد  
حينئذ على جسم الطفل المنهوك الداء الزهري أو انه لا يشاهد عنده  
شيء سوى الخفاقة العظيمة وينسدر ان يولد الطفل حياً ويعيش زمناً كثيراً  
الطول اوقايله وفي مثل هذه الاحوال اما ان تظهر اعراض الداء الزهري  
بعد الولادة حالاً أو ان الداء الزهري يبقى كما نمامدة من الزمن ولا تتضح  
اعراضه الا بعد جملة اسابيع أو أشهر وحيث ان الداء الزهري البني في الام له  
تأثير متلف جداً على حياة الجنين بحيث ان الاطفال المولودة من امهات  
مصابات بالداء الزهري البني تهلك قبل الولادة او بعدها حالاً فمن الواضح  
ان معظم احوال الداء الزهري الوراثة التي نحن بصدد ذكرها ولها أهمية  
كلينيكية وتحتاج الى معالجة طبية احوال تشاهد عند الاطفال المولودة  
من امهات مصابة بالداء الزهري البني وقت العلق بها ومن الامور الهامة  
المثبتة مع التأكد كيد كون الداء الزهري ينتقل من الاب الى الطفل بدون ان  
يصيب الام الحاملة للطفل الزهري البني في رحمها والداء الزهري الوراثة  
المتخلف من الاب الزهري البني قد يتضح بعد الولادة حالاً وتظهر اعراضه  
وفي احوال أخرى لا تتضح فيها الاضطرابات الغذائية الزهرية الواصفة الا  
قيماً بعد



### في الاعراض والسير

اعراض الداء الزهري الوراثي هي عبارة عن اصابات زهرية في الجلد والاعشية المخاطية ومن النادر ان تصاب العظام وذلك في الاحوال التي فيها يسير هذا المرض سيراً طبيعياً قبل امكان اطفائيه ولم تهلك الاطفال بشرعة والاحوال التي فيها تولد اطفال بعلامات الداء الزهري او تشاهد عندهم بعد الولادة بامام قليلة تكون في الغالب اكثر ثقلاً وخطراً منه في الاحوال التي فيها يبقى هذا المرض كامناً مدة طويلة من الزمن بعد الولادة فالاحوال الاولى التي يتضح فيها هذا المرض عادة بمجرد طفق جلدي حويصلي او بثرى مع زكام زهري احياناً قد اعتبرت خطأ مدة طويلة من الزمن وكانت تشرح بانها بنفجيجوس المولودين حديثاً والطفح في مثل هذه الاحوال يمتدئ غالباً بانحس القدمين وراحة اليدين ثم يمتد الى الذراعين والساق ومنهما الى الجذع والى الوجه احياناً ( وذلك يشاهد فيما اذا لم تولد الاطفال به ) ويشاهد في ابتداء طفق من يقع مستديرة في حجم العدسة او الفولة ذات لون أحمر داكن وفسخ وبعد استقرار هذه البقع مدة من الزمن تستحيل الى حويصلات صغيرة يجمع سائل عكر فيها والحويصلات التي تكونت ابتداءً تنفجر فتخلفها امفار منساجة رطبة ليس لها ميل للشفاء وفي اثناء ذلك تظهر حويصلات أخرى في أطراف أصابع اليدين والقدمين ولا ينذر أن ينفصل بعض الاظفار والحويصلات التي تتكون فيما بعد تسير بالكيفية التي سارت بها الحويصلات الاولى وحيث ان تكون الحويصلات المذكورة يتجدد في كل يوم نرى ان الاطفال المريضة يتعري جلودها عن البشرة في امتداد عظيم فتتكون في حالة مكررة وقد تشاهد الحويصلات المذكورة في الفم والانف ومدة هذا المرض من ثمانية أيام الى أربعة عشر ويندر ان تمتد من ثلاثة أسابيع الى أربعة وينتهي دائماً بالموت ومن المكدر بالنسبة للطبيب رؤية بعض الاموات الفطنان ملتفتة لحالة اولادهم ولنظافتهم وتغير جروحهم مع الاهتمام بلافايدة بدون ان يعلم ان هذا الامر ناشئ عن سوء سير أزواجهم في الشبوية

والاحوال الثانية من الداء الزهري الوراثي هي التي يشاهد فيها هذا الداء

كامنا جلة أسا يسع بعد الولادة (فان الطفح الحويص لي لا يتأخر حصوله عن  
 الاسا يسع الاول من الحياة مطلقا) ومثل هؤلاء الاطفال قد تولد في حالة  
 جيدة من التغذية العامة ولا يمكن تمييزها عن اطفال غير زهرية البنية  
 ثم يشاهد بعد أربعة عشر يوما من الولادة وفي أحوال أخرى بعد أربعة اسابيع  
 أو ثمانية ان الاطفال تكون في حالة قلق عظيم ووخافة ويصبر لون  
 جلدها ويحنا والجلد يصير منتعجا فاما مشققا ولا يما جلد راحة اليدين  
 وأنحس القدمين فانه يتغطى بقشر رقيقة كغلالة البصل وعماقريب تتعذر  
 الرضاعة وذلك بسبب انتفاخ الغشاء المخاطي الانفي وبالا فزاز الغزير فيه  
 يحدث شخير وتخنم مخصوص يدل دائما على الداء الزهري الوراثي بحيث لا يغتر  
 الطبيب متى اعتبر هذا العرض هو والصفة الخاصة بالجلد في تشخيص الداء  
 الزهري الوراثي ولو فقدت العلامات الاخرى وينضم في غالب الاحوال  
 لازكام طفح جلدي يتسدى عادة من دائرة الاست ويمتد منه الى اعضاء  
 التناسل والجهة العليا من الفخذين والجان والعجز وقد يمتد هذا الطفح  
 لاجزاء أخرى من الجسم سيما الوجه وهذا الطفح يظهر انتقالات تدريجية  
 من الشكل النكتي الى الشكل الحويصلي ثم القشري فالنكت الصغيرة  
 المتفرقة التي حجمها كحجم العدسة أو الفولة تكون مستديرة ذات لون نحاسي  
 او اصفر محمر وتزول عند الضغط عاير بالاصبع وتكون اما مختلطة او مجتمعة  
 وفي الابتداء تكون هذه النكت في موازاة سطح الجلد ثم تعلو عليه بقليل  
 لكنها لا تكون في هذه الحالة الاخيرة محدبة بل تظهر مقرطحة كأنها  
 منقطة وعند تقدم سير هذا المرض توجد مغطاء اما بقشورا وصفحات  
 بشرية رقيقة من تبطة ببعضها يسهل ترعها وتستحيل هذه النكت في  
 الاصفار التي تكون فيها لامة للبول او المواد البرازية الى تساخات سطحية  
 ومن الاعراض الملازمة للداء الزهري الوراثي ظهور تشققات في محال اتصال  
 الجلد بالغشاء المخاطي لاسيما في الفم والاست فيرى بوضوح ان الاطفال  
 تخشى من حركة الشفتين المشقة الدامية زواياها بحيث تخشى الرضاعة  
 والضحك والبكاء وكذا التبرز يكون مصحوبا بالام عظيمة بسبب التشققات  
 العميقة المحيطة بالاست بحيث تتعنى الاطفال وتصبح عند كل مره وقت



النبز وينضم للتسلخات المذكورة الموجودة في الاستلخ عريضة بل وقد تظهر تقرحات في العجان وثنية الفخذين وغيرها من اجزاء الجسم في الاحوال المهمل فيها وتكون هذه القروح سطحية متسعة ذات شكل غير منتظم زاوى وينفرز من هذه القروح افراز قليل يستحيل الى قشور رقيقة جافة باختلاطه مع الدم وتلونه بلون أحمر مسمر

وقد أشرنا فيما تقدم الى انه من النادر جدا امتداد الداء الزهرى الوراثة الى العظام ومع ذلك فقد ذكرت أحوال فيها امتدت القروح السطحية للغشاء المخاطي الأنفي في الغور وادت لتفتكات عظيمة في العظام الأنفية وانخساف الأنف في السنة الاولى من الحياة وفي أحوال أخرى نادرة أيضا قد يختفي الداء الزهرى الوراثة في سن الطفولة الاولى فلا يدرك أو يبقى كما ناعقب استعمال معالجاته وحده يتضح في أثناء البلوغ بأشكال خبيثة جدا كالويس والاصابات العظمية الزهرية

وعند فعل الصفات التشريحية في الاطفال التي هلكت من الداء الزهرى الوراثة اولدت ميتة من أمهات زهرية البنية قد توجد في الاحشاء الباطنة اضطرابات غذائية واضحة سيما في الكبد والرئتين ويندر مشاهدتها في الدماغ وهذه التغيرات تقتصر عادة في الكبد على تيبس منتشر مستوفيه ويكون انتهاء التهاب الكبد البسيط لا الصمغ وفي الرئة تشاهد تعقدات في حجم الحمصة او الفندقة ذات مركز جيني وهذه التعقدات سماها المعلم ورجوف بالتكبدات المبيضة وهي عبارة عن امتلاء الخلايا الرئوية بنضج غزير من مواد بشرية معسرية الاستحالة الشحمية وقد وجد المعلم شورت في دماغ طفل هالك بالداء الزهرى الوراثة اوراما هلامية في حجم الفندقة مجلسها السطح السفلى من الفصوص المقدمة للدماغ وبالجملة فقد وجد في بعض الاحوال خراجات في التيموس المتمددة داء عظيما

### المعالجة

لم تنمر الوسائط العلاجية الى وقتنا هذا في الطفح الزهرى الحويصلي للولودين جديدا وأما الشكل الثنائي من الداء الزهرى الذي سبق شرحه فيحصل فيه بالمعالجة اللائقة على نتائج جيدة والطرق العلاجية المستعملة الممدوحة بكثر

هي استعمال مقادير صغيرة من الزيق الحلو (بان يعطى منه صبأحاً ومساء  
من ٠.١ ر. الى ٠.٢ ر.) أو أول بودور الرثيق بمقادير صغيرة مناسبة  
لسن الطفل أو ذلك بالمرهم الزبقى اما في كل يوم او يوم بعد الثاني  
يقدر هـ ح الى ١٠ أعنى ٣ دمي جرام الى ٦ ولا ينتظر ظهور  
التلعب بل ينبغي قطع المعالجة متى ظهر تحسسين عظيم في الظواهر المرضية  
ويبتدى فيها ثانياً متى حصل وقوف في التحسين ومن المهم حفظ قوى الطفل  
باستعمال غذاء لطيف لكن ليس من الجيد اعطاء مثل هؤلاء الاطفال  
مراضع فانهم يمكن عرضة لخطر الاصابة وقد دلت التجارب على ان الطفل  
المصاب بالداء الزهري الوراثي يندران بعدنى أمه ويعدى بسهولة مراضعته  
وهذا يوجه بكون أم مثل هؤلاء الاطفال تكون ذات بنية زهرية وحينئذ  
تكون مصانة عن عدوى جديدة وقد تقدم مثل ذلك وقد فضل جرهرد  
استعمال حمامات السليماني الا كالعند الاطفال بان يوضع منه في الحمام  
محلولاً من ١ الى ٣ و٣ جرام بحسب صغر الحمام وعظمه ويستعمل بودور  
البوتاسيوم أيضاً عند الاطفال لاجل مضاربة العوارض الثلاثية فيعطى لهم  
ثلاث مرات في النهار من ٣ سنتجرام الى ٢ ديسنجرام وان كانت  
الاطفال واقعة في ضعف عظيم يعطى لهم مقادير صغيرة من المركبات الحديدية  
وزيت كبدا الحوت

### الفصل الثالث في الاضطرابات الغذائية العامة غير المتعلقة بتسمم ما

#### المبحث الاول

#### في داء الخلوروز أى بهامة اللون وانتقاعه عند النساء

يعنى بداء الخلوروز مرض يكاد يكون خاصاً بالنساء ينشأ عندهن في زمن  
النمو وهذا المرض بالنسبة لطبيعته يعتبر من نوع فقر الدم أى الانيميا لكنه  
يتميز عن باقى أنواع الانيميا بكون المفقود فيه من الدم هي العناصر الملونة  
له أعنى السكريات الجسراء أو المادة الملونة الحمراء لك السكريات الدموية  
بخلاف باقى الاجزاء المكونة للدم فانها لا تكون متناقصة وان حصل ذلك فلا  
يكون الا بكيفية استثنائية والى الآن لم نعرف حقيقة السبب الاصلى  
تتناقص السكريات الحمراء من الدم أو المادة الملونة لتلك السكريات وانما يجوز



القول بالاستنتاج الآتي وهو ان تناقص العناصر المملوئة من الدم لا ينشأ  
 عن سرعة تلاشي تلك العناصر بل بالاكثر عن تكونها غير التام .  
 ثم ان الخلوروز من كثير الحصول جدا عند النساء من سن الاربع عشرة سنة  
 الى سن الاربع والعشرين ومن القريب للعقل جدا ان التغيرات الفسيولوجية  
 التي تحصل في جسم الشابات الابكار مدة البلوغ لها تأثير قوي في حصول  
 هذا المرض لكننا لا نعرف حقيقة هذا الارتباط الفسيولوجي مطلقا بل ولا  
 توجد مؤثرات ظاهرية يمكن اعتبارها في كل حالة كراهنة أساسا بما عدا على  
 حصول هذا المرض فانه وان كان لا يبعد عن العقل في أحوال كثيرة من هذا  
 المرض ان كلامنا من الامراض الاخرى والمكث في المحال غير الجيدة الهواء  
 وقلة الرياضة ورداءة التغذية والانفعالات النفسية والامور المخزنة وقراءة  
 الكتب الغزلية والاستمناء باليد وغير ذلك من المؤثرات المضررة يساعد ولا بد  
 في ظهور هذا المرض الا انه يشاهد أيضا عند وجود شروط مخالفة لذلك  
 بالكلية عند الشابات اللاتي يشتغلن طول النهار في الهواء المطايق وتغذيتهم  
 جيدة للغاية ولا يشتغلن بقراءة الكتب الغزلية وليس عندهن عادات قبيحة  
 وانما الذي أذكره وشاهدته بدون استثناء عند الشابات اللاتي لم يبلغ سنهن  
 زيادة عن اثني عشرة سنة أو ثلاثة عشر أي قبل بروز الثديين وظهور  
 الكفل حصول هذا المرض بغاية الشدة متى أدمن على الاستمناء باليد  
 أو السحاق وتقدم الطمث أي حصوله قبل الاربعة عشر سنة أو الخمسة عشر  
 عند الشابات المصابات بالخلوروز ليس من الامور الملازمة لهذا المرض بل  
 الغالب انه يصطبب بتأخير في الطمث وفي مثل هذه الاحوال يعتبر تأخير  
 الطمث نتيجة للخلوروز ومن النادر كونه سببا له وحصوله في غير السنين  
 المذكورة أعني في آخر سن الطفولية أو في سن الثلاثين سنة أو بعده وحينئذ  
 تعتبر أحوال الخلوروز التي تحصل في السن المتوسط أو بعده نكسات لهذا  
 المرض الذي سبق حصوله ويندر جدا ما شاهدته أحوال من الخلوروز  
 عند الشبان فن المحقق ان كثيرا من الاحوال التي اعتبرت من الخلوروز  
 عند الرجال ليست من هذا القبيل بل من قبيل الانيميا العرضية التي  
 ستشرح فيما بعد

وهذا المرض يصيب الشباب على اختلاف بنيتهم فان نحفا البنية منهم وان  
أصبن بسهولة غير ان اقوياءها منهم ذوات اللون المتورد لا يكن مصونات عنه  
وقد يظهر هذا الداء في بعض العائلات بكثرة جدا بحيث يسوغ القول بتأثير  
الوراثة

### ﴿الصفات التشريحية﴾

التغيرات الواصفة للخللوروز توجد على الخصوص في الدم الذي يعتبر ولا بد كما  
قاله ورچوف جنوها أو منسوجا مكونا من خلايا ومادة سائلة بين تلك الخلايا  
وكما ذكر لا يوجد في السائل الضام بين الخلايا تغيرات مهمة ولا قارة لا كما ولا  
كيف بل الغالب ان يكون تركيب هذا السائل طبيعيا وفي بعض الاحوال  
تكون المادة الزلاية لهذا السائل الضام متناقصة بحيث ان تركيب الدم عند  
المصابات بالخللوروز يقرب من تركيبه في سوء الاخلال المائي أو الانيماردى  
وفي بعض الاحوال النادرة يظهر ان كمية المادة الزلاية في السائل الضام بين  
الخلايا تزايدة فيوجد مع تناقص الكرات الدموية تناقص في تلك المادة  
الزلاية وفي كلتا الحالتين الاوليتين تكون كمية الدم العمومية متناقصة قليلة  
وأما في الحالة الاخيرة فيكاد لا يتكرر ازديادها بمعنى ان كمية الدم المطلقة ولو مع  
تناقص الكرات فيها تكون المادة المصلية متزايدة وبعبارة اخرى انه يوجد مع  
حالة فقر الكرات الدموية امتلاء دموى مصلى والعلامة الرئيسة في داء  
الخللوروز هي تناقص المادة الملونة للدم الذي قد يصل في الاحوال الواضحة  
الى نصف الكمية الطبيعية بل الى ربعها وفي العادة يتسبب تناقص المادة  
الملونة الجراء من الدم الى تناقص في الكرات الدموية الجراء ومع ذلك فقد  
صار من القريب للعقل انه يمكن تناقص تلك المادة الملونة الجراء على حدتها  
في دم المصابات بالخللوروز فانه بعد ان بين المعلم يوب تناقص تلون الكرات  
الجراء من الدم في هذا المرض قد أثبت المعلم دونكان مع التحقيق بواسطة  
تعداد الكرات الدموية الجراء ان ضعف قوة التلون في الدم الخللوروزى ناشئة  
ولا بد عن هذا السبب الاخير وقد استبان من اجاث هيم عن الدم انه يوجد  
في كل المليمتر مكعب من الدم الشعري الوعائى كرات دموية جراء  
بعدد ..... - ٥ - ٥ في الاحوال الخفيفة من الخللوروز يكون عددها



قليل التناقص لكن حجمها يتناقص جدًا وتشتمل مع ذلك على قليل من المادة  
الملونة الحمراء فقد شوهدت حالة كانت لا تشتمل الا على نصف ما تشتمل  
عليه منها تلك الكرات في الحالة الصحية وتبعاً لما قررناه الملم بهم يبقى عدد  
الكرات الدموية الحمراء على حالته عند استعمال معالجة لا ثقة بواسطة المركبات  
الحديدية الا انها تكتسب حجمها الاصل وتلونها الشديد واما في الاحوال  
الواضحة من هذا المرض فان عدد الكرات الحمراء يتناقص جداً زيادة عن  
النصف وباستعمال المركبات الحديدية يشاهد ظهور كرات دموية  
صغيرة باهتة وحينئذ تحصل في الدم عيّن التغيرات التي تحصل في الاحوال  
الخفيفة

وعند فعل الصفات التشريحية في جثث المصابات بالخلايا الوراثية هل لكن  
بمرض طرأ عليهن تشاهد الاعضاء الباطنة في حالة بهامة عظيمة وعلى حسب  
رأى الشهير ورجوف يشاهد في الاحوال الشديدة المستعصية من الخلايا الوراثية  
صغير في الشريان الاورطي وعدم ثوبه هو وباقي الاوعية الشريانية فقطر  
هذا الجذع الشرياني قد به جد متضايقة جداً بحيث يعسر مرور المختصر منه  
وتكون جذره مستدقة جداً فتدل على وقوف النمو ومع ذلك فجذر الشرايين  
تكون حافظة لمروريتها ما لم يكن قد اعترض كلا من الطبقة الباطنة والوسطى  
استحالة شحمية وقد يصحب هذا النمو غير التام في الاوعية الشريانية  
تأخر وقوف في ثوبه في الجسم فالقلب يكون ضامراً مثل باقي الاوعية لكن  
الغالب ان يكون حجمه طبيعياً أو قليل التمدد ومن النادر ان يكون ضخماً

#### في الاعراض والسير

العرض الكثير الوضوح في الخلايا وروبهامة الجلد والاعشمية المخاطية  
التظاهرة فعند الاشخاص ذوات المادة الملونة الجلدية البجمنتية قليلاً  
كالشقر يكون لون السطح الظاهر من الجسم أبيض مخضراً وعندما تكون تلك  
المادة البجمنتية غزيرة كما توجد عند الاشخاص ذوات الشعر الاسود  
يكون لون الجلد الظاهر أصفر ومخضراً وسجائياً بل وفي الاثخاص ذوات  
المادة الملونة البجمنتية الغزيرة جداً كالحبش والسودان يظهر ارتفاع  
الجلد وبهاتته عندهم فيصير اسمر مصفر او مخضراً وهذا التلون المصغر يكثر

انضاحه في الاذنين ولا سيما في المتحمة واللثة وسبب تناقص التلون المذكور واضح فان كلام عدد ودرجة تلون السكرات الدموية الحمراء المتعلق بها تلون الدم باللون الاحمر وكذا التلون المحمر لباقي المنسوجات يكون متناقضا تناقضا عظيما كما بينا ذلك فيما سبق — واما حصول احمرار شديد وفتى في الجلد عند المصابات بالخلاخا ورز فامر سهل التوجيه متى علمنا أن لون الجلد ينشأ من جهة عن لون الدم ومن اخرى عن امتلاء الاوعية الشعرية وتمددتها فكما توجد اشخاص ذوات وجنات باهتة ولومع دكنة لون الدم عندهن فكذلك توجد اشخاص خلاخا ورزية لا تكون وجناتهن باهتة جدا ولومع كون الدم باهت اللون وذلك لكثرة امتلاء الاوعية الشعرية للوجنتين أو لتمددتها تمديدًا واليا وكذا الظاهرة المعلومة من ان اكثر المصابات بالخلاخا ورز يحمر لونهن بشدة عقب المشاق الجسمية او الانفعالات النفسية توجهه ايضا بالامتلاء الدموي الوقتي للاوعية الشعرية كما سنذكر ذلك فيما ياتي

وكل من المنسوج النخعي والخاوي تحت الجلد يكون على حالته الطبيعية عند المصابات بالخلاخا ورز بل قد يكون متزايدا وهذا الامر مهم بالنسبة لتمييز الخلاخا ورز عن باقي انواع الانيميا الثانوية التي تظهر في اثناء سير التغيرات المرضية الممثلة او في اثناء سير غيرها من الامراض الخفيفة المحدثه لاضطراب في تكون الدم وتركيبه فانه في احوال الانيميا او الايدريما العرضيتين اللتين من هذا القبيل وكثيرا ما تختلطان بالخلاخا ورز نزول مع تلون الجلد وانتقاعه الطبقة الشحمية السائلة اسفله وكذا الظواهر الاستسقاءية الممتدة فانها لا توجد في احوال الخلاخا ورز الا بدرجة جدا وانما الذي يشاهد احيانا هو الاوذيميا الخفيفة في الاطراف السفلى لاسيما عقب المشي المستطيل واما التجمعات المائية العظيمة فانها توقظ الظن عند الطبيب الخاذق بان الانيميا الموجودة مرتبطة ولا بد بداء خفي

والتنفس عند المصابات بالخلاخا ورز يحصل فيه كذلك عوق عظيم فانه يفقد عندهن اكثر من نصف الكرات الدموية الحمراء وهي التي تقبل الاوكسجين وتطردهمض الكربون ويظهر ان هذا الاضطراب ينتج عن تهيج الاعضاء المركزية العصبية التنفسية بسبب القبول الغير التام للاوكسجين وتراكم



لحمض السكر بون المتطرد بكيفية غير تامة ايضا فانه عند فعل اقل مجهود عضلي تزداد به حركة التحلل وتكون حمض السكر بون يزيد عدد التنفس كثيرا بحيث يصير متعبا للرياضة جدا ولذا ان تشكى المرضى بتضايق التنفس عند المشي السريع وصعود نحو السلم يكاد لا يقد في أى حالة متقدمة من الخلوروز مطلقا وبتناقض التبادل الغازى فى الرئتين ولا سيما تناقص قبول الاوكسجين فى الدم توجه كذلك عدة اعراض خاصة بهذا المرض أهمها ضعف الفعل العضلى الذى يحتاج لاجرائه بقوة وجود دم شريانى كثير الاوكسجين فالمرضى تتعب بسرعة وتشتكى بثقل فى الاطراف السفلى ولا يندر حصول الآلام الروماتيزمية الكاذبة عندهن بأقل مجهودات عضلية وهذه الآلام لا تحصل عند الأشخاص ذوات الدم المحمى الطبيعى الا بعد مشاق عضلية شديدة غير اعتيادية وكان أن العضلات تحتاج ولا بد لاتمام وظيفتها الطبيعية لدم كثير الاوكسجين يدور فى اوعيتها فكذلك الاغصاب تحتاج لاتمام وظيفتها لتغذيتها بدم جيد كثير الاوكسجين أيضا ولذا كثيرا ما تشاهد عند النساء الخلوروزيات آلام عصبية سيما آلام الرأس والآلام المعدية العصبية والاحساس بالانضغاط فى القسم الفؤادى الذى كثيرا ما يكون خفيفا جدا بحيث لا يستدل عليه الا بعد السؤال من المرضى وأما الانستازيا والتشنجات والشلل فلا تشاهد عند المصابات بالخلوروز الا نادرا ولا تحصل الا فى الاحوال التى فيها تتضح الحالة التنبيهية العصبية جدا وأما حالة الضعف التنبيهى واضطراب قابلية التنبيه العصبى التى تتضح بالثورانات العصبية الجسمية والعقلية واساءة الاخلاق والتشهى غير الطبيعى كأكل البن أو غيره من نحو الاشياء غير المطعومات فانها تكاد لا تفقد مطلقا عند المصابات بالخلوروز

وأما أعضاء الدورة فتظهر فيها جملة تغيرات غير طبيعية عند المصابات بالخلوروز فانه يكاد أن تشتكى جميع المرضى بالتحققان وقد ينفى ما سبق ان هذا التشكى مبنى من جهة على ازداد فعل القلب أو سرعته ومن جهة أخرى تكون متعلقة بحالة الثوران العصبى العمومى الذى به تدرك ضربات القلب بكيفية متعبة مع انها لا تدرك عند اغلب الأشخاص ولو كانت متزايدة حقيقة

بسبب ضخامة القلب العظيمة جدا وبواسطة ضعف الطبقة العضلية من القلب واسترخائها يحصل عند المصابات بالخاور وزا أيضا دد عظيم في القلب خصوصا جهة اليمين وقد اثبت ذلك المعلم اشترك بواسطة القياسات الاكيدة لاهمية هذا العضو وبشفاء الخاور وزرول هذا التمدد ايضا

وعند التسمع على الصدر يحس في كل من القلب والاوعية الشريانية الغليظة بالالغاط النفخية التي تكرر ذكرها وتسمى بالالغاط الدموية وبالعارضية تميزا لها عن الالغاط السكاذبة الناشئة عن آفات عضوية في القلب ومنشأ تلك الالغاط غير واضح وتسميتها بالدموية غير حقيقي في المعنى فانها لا تتعلق بلا واسطة بتغيرات في صفات الدم والغالب على الظن انها تتعلق بتغيرات دقيقة في الصمامات وجدر الاوعية تنوع ثوجاتها واكثر من ذلك ان يحس عند التسمع على الوريد الودجي الباطن بلغظ فوراني مخصوص يعرف بلغظ النحلة (وهي لعبة تلعب بها الاطفال) او بلغظ العفريت وهذا اللغظ يشتد في الجهة اليمنى عن الجهة اليسرى ويزول عندما تضطجع المريضة على ظهرها وتكتسب وضعا انقيا او عندما تفعل حركات زفيرية عميقة او عندما تضغط على الوريد الودجي نفسه ويظهر ان هذا اللغظ يحصل بالكيفية الاتية وهو ان الجزء السفلي من الوريد الودجي الباطن الكائن خلف المفصل القمي الترقوي مثبت في جميع جهاته بحيث لا يمكن الهبوط على نفسه مثل باقي الاوردة ولو كان العمود الدموي الوارد اليه ضعيفا جدا فتي سال من الوريد الودجي عامود دموي دقيق في هذا الجزء المتسع المثبت فلا يمكنه ملؤه الا بمروره وجر يانه فيه مع الفوران والتموج وهذا الجريان التموجي للدم يحدث ولا بد في جدر هذا الوريد تموجات رنانة فانه عند التواء العنق الى الجهة المقابلة وانضغاط الاوردة العنقية بواسطة العضلات الكتفية الالامية والصفاق العنقي يسمع اللغظ النحلي عند اغلب الاشخاص الاصحاء فتي سمع هذا اللغظ بدون التواء في العنق وكان واضحا جدا وجب ولا بد الحكم بأن الشخص الموجود عنده ذلك معتريه قلة امتلاء في الاوردة وحالة فقر الدم ولذا التناخلا لما جرى عليه بعض المؤلفين نعتبر هذا اللغظ بعض اهمية في التشخيص — وزيادة قابلية التنبيه العصبي الناشئة عن تغذية



هذا المجموع بواسطة دم قليل الاوكسيجين تمتد كذلك الى المجموع العصبي  
الوعائي وتعتبر سببا سهولة احمرار لون المصابات بالخساروز وبها تنهن وكذا  
الاعضاء الهضمية يظهر فيها بقطع النظر عن الالام العصبية المعدية السابق  
ذكرها اضطرابات مهمة تؤدي بسهولة عند عدم ملاحظتها بالدقة الى الوقوع  
في خطأ عظيم فالشبهة تكون غالباً مفقودة ويحس بعد الاكل بثقل وامتلاء  
في القسم الشراسيفي وتجنس من مواد حمضية وغير ذلك من ظواهر سوء  
الهضم الناشئة عند انتخاب المرضى من ضعف قوة انقباضات المعدة وتزول  
على الدوام عند تحسين حالة الدم وما عدا هذه الاضطرابات الهضمية غير  
الخطرة التي تزول بالمعالجة اللائقة تحصل بكثرة عند المصابات بالخساروز  
المفرحة المعدية المزمنة التي كثيرا ما لا تعرف ولذا ينبغي عند معالجة  
كل مصابة بالخساروز ونظائر التفتات لهذا الامر والالتيقظ الى ان الالم المعدي  
العصبي قد يكون متعلقاً بهذا التغير المرضي المهم واستعمال جميع وسائل  
التشخيص حتى يتمكن من معرفة ذلك فان لم يتيقظ لذلك جازا تنصاحه مع  
الاسف اما بالتزيف المعدي أو بتثقب المعدة نفسها

والبول عند المصابات بالخساروز يكون ذا وزن نوعي خفيف صافيا مالم  
يطرأ عليهن مرض حمي والوزن النوعي الخفيف متعلق عندهن بقلية  
البولينا واللون الصافي بقلية المادة الملونة للبول فان قلته قبول الاوكسيجين  
عند المصابات بالخساروز يوجه مع الوضوح تناقص حركة التحلل العنصري  
ومن ذلك تناقص تكون البولينا ونحن وان كنا لا نعلم مع التآكيد من كيفية  
تكون المادة الملونة للبول الا قليلا لا نشك في ان هذا العنصرات من المادة  
الملونة للدم ولذا لا يستغرب انه عند تناقص المادة الملونة للدم في السكريات  
الدموية يتناقص ولا بد احتواء البول على المادة الملونة له ايضا وهذا  
الامر يدل على ان تناقص السكريات الدموية الحمراء ليس مبنيا على ازدياد  
تلاشيها بل على عدم تمام تكونها ونموها

وتسكاد تضطرب الوظائف التفاضلية في جميع احوال الخساروز فالغالب ان  
تحصل الامينوزيا اي عوق في الطمث او انقطاعه بالكلية ويندر ان يكون ذلك  
على صفة عسر الطمث فمن الجيد حينئذ عند وجود الانيميا المصحوبة بغزارة

الطمث وتوران الالام فيه التجر من الوقوع في الخطا وتشخيص الخاوروز  
الحقيقي بل الغالب في مثل هذه الاحوال وجود اصابات رجعية أو خلافا  
مصحوبة بانيميا تابعية لا الخاوروز الحقيقي انما مع ذلك ينبغي التنبيه على  
أنه يوجد عند المصابات بهذا المرض نوع التهاب رجعي تلي مهبلي مصاحب  
لاضطراب الطمث

ثم ان سير الخاوروز مستطيل للغاية فالم يحصل قصر مدته بواسطة المعالجة  
اللائقة فان هذا المرض عند هدم معرفته قد يمتد الى أشهر بل وسنين  
والشفاء هو الاثناء الاعتيادي له وان حصلت جملة نكسات في أثناءه ومع  
ذلك فهناك بعض احوال استثنائية تظهر سير امستعصيا للغاية فتتمدد ولو مع  
المعالجة اللائقة بتحسين وتثاقل متتابعين الى السن المتوسط بل المتقدم وفي  
مثل هذه الاحوال لا بد وان يكون الخاوروز متعلقا بتغير وسبب خفي ولا سيما  
بعدم تمام نمو الاورطى السابق ذكره ومن النادر أن يستحيل الخاوروز الى  
مرض آخر كالسل الرئوي فالخاوروز لا يهدد الحياة الا بحصول مضاعفات  
لا سيما بالفرحة المعدية المزمنة وهو كثير وقد ذكر رجوف كثرة الاستعداد  
لإلتهاب الغشاء الباطن للبطين اليسرى من القلب وذكر أنه يوجد في الاحوال  
التي تنتهي بالموت تضايق في الاورطى ينتج عنه من جهة أخرى ولا بد تعرض  
صمامات القلب سيما الصمام القانوسى لا يجذب شديدا سببه عدم سهولة  
جريان الدم وسبب لانه من البطين اليسرى الى الاورطى ومثل هاتيك النساء  
يمكن عرضة لخطر عظيم من طرفو الحمل عليهن أوفى أثناء التقاس وذلك  
لان في هذا الزمن كثيرا ما يحصل عندهن التهاب غشائي صمامى تفرج  
وأما الاحوال الحادة من الخاوروز المقول بأنها تنتهى بالموت فانها مبنية على  
خطأ في التشخيص وأما كون الامراض الحمية الحادة الثقيلة خطيرة جدا  
عند المصابات بالخاوروز فأمر محقق

وأما تشخيص الخاوروز فينبغي فيه تمييز هذا المرض عن الاحوال الانيمياوية  
الآخرى فان الانيميا تحصل من فقد الدم الغزير وقلّة التغذية والتعب  
الجسمي الشاق المستطيل وفقد الانحلاط والسوائل المستمر والامراض  
الحمية الثقيلة وعن التولدات المرضية الخبيثة وعن الحمل ونحو ذلك لكن



الانيميا هنا بعكس الخلوروز فانها تنشأ عن أسباب معلومة وزيادة عن ذلك  
 فقر الدم فيها لا يكون كما في الخلوروز عبارة عن تناقص المادة الملونة الحمراء  
 للدم والكرات الدموية بل ان التناقص يغتري أجزاء الدم الأخرى لاسيما  
 المواد العضوية الزلاية الضرورية لتغذية الجسم وكية الدم بتمامها قد يعتريها  
 تناقص عظيم في أحوال الانيميا الحقيقية دون الخلوروز ففيها لا يحصل على  
 الدوام تناقص في كتلة الدم ولا في المواد العضوية الزلاية ولذا ان المصابات  
 بالخلوروز يكن متمتعات بسمنهن ضد المصابات بالانيميا فان تغذيتهن تكون  
 غير مضطربة اضطرابا واضحا ويظهر لنا من الصواب بالنسبة لتشخيص  
 الخلوروز ان نذكر أن البنات المصابات بهذا المرض تكون وجوههن على  
 الدوام خالية عن الدم باهتة شمعية اللون فانه توجد درجات خفيفة من هذا  
 المرض فيها لا يتضح ابتداء من رؤية الوجه ان المصابات مصابات بالخلوروز  
 فان احمرار الوجه والاعشية المخاطية لا يكون مفقودا وانما بالسؤال عن حالة  
 المرضى ولونهن في السابق يستدل منه على ان لون وجوههن قبل أن يحصل  
 لهن تعب عظيم وتناقص في الطمث ونحو ذلك كان أكثر توقدا واحمرارا  
 ولندكر هنا ايضا حالة تلتبس كثيرا بالخلوروز وهو شكل الاستيريا الذي  
 يصطحب بظواهر انيمياوية ولا سيما انه يسير بظواهر عصبية ضعفية  
 واعراض ضعف تيجي ولنعترف انه في كثير من الاحوال لا يمكن التمييز  
 بينهما ابتداء بل من بعد تغاطى المركبات الحديدية فان منفعتها وعدمها قد  
 تكون هي الواسطة في التشخيص واما تمييزا شكل الانيميا الثقيلة لاسيما  
 الحديثة فسندكر في المبحث الآتي

### المعالجة

من النادر ان يكون الاهتمام في اتمام ما تستدعيه دلالات المعالجة السببية  
 للخلوروز ادنى تاثير على سير هذا المرض وهذا الامر يدل ولا بد على ان المؤثرات  
 المضرة التي ينسب اليها ظهور الخلوروز قليلة الاهمية فانه يمكن شفاء المصابات  
 بهذا المرض في قليل من الايام ببيع شفاء كليا بواسطة اتمام دلالات معالجة  
 المرض نفسه بعد ان كن يحفظن ويبعدن بدون فائدة من تلك المؤثرات  
 المضرة وكس يعشن في البوادي الجيدة الهواء ويتغدين باجود الجواهر المغذية

ويتريضن في كل وقت ويستعملن الرياضة بالحركات الجسمانية بدون ان تتلون  
 وجناتهن وشفاهن بالحمرة وبدون تناقص في الخفقان وضيق النفس  
 عندهن وبدون تحسين في حالة خلقهن فشهرة الوسائط الصحية في الخلوروز  
 مبنية ولا بد على كون احوال الخلوروز الحقيقية المعبر عنها بالا وليجوسيتي  
 تختلط بكثرة بالا حوال الانيماروية المختلقة التي فيها تثمر جداثك الوسائط  
 الصحية وفيها المركبات الحديدية تكون قليلة الالهية سن وفي كل وقت  
 يمكن التاكيد من التجربة المعلومة وهي شفاء المضابات بالخلوروز بالكلية  
 بواسطة المعالجة الاثقة مهما كانت قلة جودة الشروط الصحية  
 واما المعالجة المرضية فانها تستدعي استعمال المركبات الحديدية فانه ان قيل  
 بوجود جوهر نوعي دوائي حقيقة كان ولا بد الحديد في الخلوروز وكما كان  
 التشخيص اكيدا كان النجاح اقوى واتم فان لم يكن النجاح مطابقا لما يامل من  
 المعالجة بالمركبات الحديدية كان التشخيص ولا بد في غير محله بل حالة انيميا  
 عرضية متعلقة بتغير مرضي مدرك او غير مدرك والكيفية التي بها تعاطى  
 المركبات الحديدية يحسن حالة الدم وتركيبه المتغير في الخلوروز غير معروفة لنا  
 وانما الذي يسوغ القول به هو انه بتعاطى تلك المركبات الحديدية يزداد تكون  
 الكرات الدموية الحمراء والمادة الملونة لها المحتوية على الحديد تبعاً لذلك  
 واما ما يخص انتخاب احد الاستحضارات الحديدية العديدة دون الاخر فبقرى  
 ان بعض الاطباء يفضل هذا والاخر ذاك وبعضهم يفضل الشروع في  
 المعالجة بواسطة الاستحضارات الحديدية اللطيفة التي لا تتعب المعدة  
 كالصبغات الحديدية وذلك كصبغة تفاحات الحديد او صبغة خلات الحديد  
 لما علم رادما كثر ثم ينتقلون فيما بعد لاستعمال المركبات الحديدية القوية كالحديد  
 المجهرز بالايدروجين وكلينات الحديد و كربونات الحديد السكرية وكاوكسيد  
 الحديد السكري الذائب فيستنتج من مدح المؤلفين المختلفين من الاطباء  
 لاحد الاستحضارات الحديدية دون الاخر ومن التجارب المعلومة من ان كل  
 طبيب يرغب في استعمال البعض دون الاخر مع النجاح في معظم الاحوال  
 بل في جميعها اولاً ان منفعة المركب الحديدى في الخلوروز لا تتعلق بالشكل  
 الذي يعطى عليه هذا المركب وثانياً ان اغلب الاستحضارات الحديدية



تجملها بسهولة المصابيات بالخالوروز وثالثا ان درجة تقضيل بعضها على البعض الآخر لم يتحقق الى الآن ويقتضى ان نيمير محبوب بلود على وجه الاطلاق ويجهز من المخاوط الاصلى لبلاود الذى كان يصنع منه ٤٨ حبة المأخوذ من (كبريتات الحديد وكر بونات البوتاسا وطرطراتها المصهوقين اجزاء متساوية خمسة عشر جزءا من صمغ الكثيرة لك ويعمل عجينة) ستا وتسعين حبة وكذلك لا يتبع ترتيب الصعود بالمحبوب كما جرى عليه بلاود ابتداء بالذقة بل يعطى في الا ابتداء جملة أيام ثلاث مرات كل يوم من أربع حبات كل مرة الى خمسة متى تحملتها المعدة ويكاد دائما يشفى الخالوروز بتعاطى ثلاث غلب من هذه المحبوب بالعدد السابق مهما كانت شدته واستعصاؤه وذ كر نيميران النجاح البين لهذه المحبوب هو الذى ترتب عليه شهرته في الطب العملى بسرعة

ولقد قيل انه لا يلزم في شفاء الخالوروز لاستعمال مقادير عظيمة من الاستحضارات الحديدية نظر الكول الكمية المفقودة من الحديد في الدم قليلة جدا فانه ولو مع أخذ الكمية القليلة من هذا الجوهر ينقذ على الدوام جزء مع المواد البرازية كما يستدل على ذلك بالتلون الاسود للمواد البرازية وبالجملة فان نجاح بعض المياه الطبيعية الحديدية في الخالوروز زيد على أن المقادير الصغيرة كافية في شفاؤها ولا حاجة لاطالة الكلام على نظريات علمية لا أساس لها فانه لا شك في شفاء هذا المرض أيضا باستعمال مقادير صغيرة من المركبات الحديدية بل باستعمال مياه حمضية حديدية في كثير من الاحوال ولو كان الشفاء بطيئا الا أن عدد المرضى اللاتي شفين باستعمال محبوب بلاود أو بمقادير عظيمة من كربونات الحديد السكرى أولينات الحديد في قليل من الاسابيع بعد ان استعملن جملة من الاشهر بل والستين بدون طائل ولا فائدة الصبغات الحديدية أو نيسيد الحديد بمقادير صغيرة وتوجهن جملة مرات الى الحمامات الحديدية في بيرمون ودريورغ ونحو ذلك عظيم جدا حتى يتعذر القول بأن الخالوروز يشفى مع السرعة والتأكد كدبالا استحضارات الحديدية التي يمكن منها اعطاء مقادير عظيمة واجودها ولا بد محبوب بلاود وقدره (امر من) على انه من الجائز أن تأثير

تلك الحبوب السريع متعلق باحتوائها زيادة عن الحديد على كمية عظيمة من البوتاسا وهو جزء من الاجزاء الداخلة في تركيب الكرات الدموية الحمراء واما المشكوك في نجاحه فهي المعالجة بالمياه الحديدية المخزونة غير الحديثة التي يفصل منها اوكسيد الحديد ويرسب في الكوبية الاخيرة فتنسد تعاطيه على هيئة راسب وهذا العيب لا يوجد في المياه الحديدية الحديثة المستعملة الآن بكثرة من ينابيعها المحتوية على بيروكسيدات الحديد واجود استعمال الحديد يكون بعد الاكل حالا وانما يحذر من تعاطي الأطعمة الثقيلة والمواد الحمضية والثمار الفجة الحامضة ايضا وكذا من الجيد تعاطي ماء الحديد البيروكسيفاتي الطبيعي بقدر كوبية مع الاكل ومن الخطأ جدا التعمد على العادة القديمة بالاجتناد في معالجة ضعف المعدة وتببها وغيرها من الاضطرابات المتعلقة بالخلوروز بواسطة الحوامض المعدنية والجواهر المرة ونحو ذلك قبل الشروع في اعطاء المركبات الحديدية التي هي الواسطة فقط في النجاح فان تلك العلاجات المسماة بالمجهزة لا طائل فيها فضلا عن تاخير الشفاء منها ولندكر اخيرا انه لا ينبغي جبر المصابات بالخلوروز على الرياضة الشاقة وتعاطي الأطعمة الواقعة ما لم يكن هن قدرة على ذلك وانما يؤثر بذلك متى عادت هن القوى والشهية وقد ذكرنا فيما تقدم انه مهما كانت جودة المعالجة في هذا المرض فن الجائز حصول نكسات في الاحوال الثقيلة منه ولذا يجب على الطبيب اخبار اهل المصابات بالخلوروز بذلك لا يقاطهم ووعدهم بان شفاء النكسة سهل ايضا كشفاء النوبة الابتدائية ثم انه وان ظهر طبقا لما ذكرناه ان المعالجة بالمياه الحديدية الحمضية الغير الحديثة المنقولة في المتاجر غير صائبة ولا ناجحة مثل تعاطي المركبات الحديدية بمقدار عظيم الا انه يجوز ولا بد الايصاء باستعمال المياه المعدنية الطبيعية الحديدية في محل يتبوعها كماء شواباخ ودير بورغ وكندو والالتوا بسنت مورتس بيلاد السويسرا وامنو وهي مياه حديدية (راجع رسالتنا في الينابيع الشفائية والمياه المعدنية) وذلك بالنسبة للمصابات بهذا المرض الذي شفي من منه ويخشى عاين من النكسات والدلالة العلاجية الوقتية التي تمنع من استعمال الحديد عن المصابات بالخلوروز هي وجود اضطرابات عظيمة في المعدة او امراض



حمية طارية عليهن ولندكر اخيرا ان استعمال الحديد ومركباته في احوال  
الانيميا الأولية والعرضية السابق ذكرها جيد المنفعة أيضا وان كان الامر  
المهم في معالجتها هو مضاربة المرض الاصل واستعمال غذاء جيد محتوي على  
مواد غذائية أولية بكثرة مع الإقامة في محل جيد الهواء نقيه ويجوز أيضا  
استعمال بعض المشروبات الكولينية في الحبوب ووزوالانيميا فان لها تأثيرا  
مبسطا لحركة التحايل العنصري وانما يكون استعمالها بقدر قليل جدا  
مناسب ومع ذلك فانها تحدث عند كثير من الأشخاص حالة تنبسه وخفقان  
وتوارد دموي نحو الرأس ونحو ذلك بحيث لا يستدل على استعمالها أو النفيذ  
أوالبيرة أو نحو ذلك الا بالتجربة

### الفصل الثاني في الانيميا الخبيثة التدريجية

التاريخ الطبي القديم ولو أنه يوجد فيه بعض شروحات يظهر أنها تختص بالمرض  
الذي نحن بصددده وسمى باسماء مختلفة كالانيميا الاصلية تبعا (لابرت)  
وبالانيميا الذاتية تبعا (لهابرسون) وبالانيميا القتالة تبعا (لكنج)  
وبالانيميا الثقيلة للحوامل تبعا (لجسرو) وبالشكل الانيمياوى لشعهم  
القلب تبعا (ليوتنك) الآن الفضل في جمع شهادات عديدة من هذا  
المرض وتسميته بالانيميا الخبيثة التدريجية (١٨٧١) وجعله مرضا قائما  
بنفسه للعالم يترى

وأسباب هذه الانيميا التي تطرأ بشكل فقر الدم النادر التدريجي العظيم  
القتال على الدوام تقريرا غامضا معروفة لنا حق المعرفة وهي تحصل غالباً في  
السن المتوسطة من الحياة من سن العشرين الى الاربعين نعيم أنها قد تحصل  
في سن الطفولة بل والشيوخ وتمرى النساء أكثر من الرجال وبالأخص  
الحوامل والنساء فتحدث عند الاول الاجهاض ابتداء ثم الموت بسرعة  
وفي الغالب لا توجد أسباب واضحة لهذا الداء وفي أحوال أخرى توجد بعض  
اسباب من الاسباب الاعتيادية لغير هذا النوع من الانيميا كقلة التغذية  
والفصد الدموي المتكرر والاسهال المتكرر أيضا

وإذا المرض يظهر على الدوام بكيفية كامنة وقد يظهر عند الحوامل ظهورا  
تحت حاد فتحصل بهامة شديدة في الجلد والاغشية المخاطية الظاهرة لكن

ايرمهذ كرا أن حالة تغذية المرضى لا تتغير ما لم تعثرها الحمى وقال ان سمن  
 الجسم لا يتغير احيانا ولو عند المعثر بهم الحمى ف. كذلك وجد كينسكي في عشرة  
 أحوال شاهد هاهنا نفسه بحاقة عظيمة غالبا وينضم لذلك جميع الظواهر  
 الخاصة بالخلو، وذلك في أشد الدرجات كالهبوط التام والانحطاط مع الميل  
 للإغماء وضيق النفس عند فعل أقل مجهود عضلي والنبض السريع الصغير  
 والخفقان والالغاط السيستولية القلبية والتشريانية وكذا الالغاط العفريتية  
 أو النحلية والضغط والثقل في القسم الشراسيفي ولوبدون الاكل والغثيان  
 والتي المتكررا المتعب (وذلك في ثلثي الاحوال) بحيث يظن احيانا وجود  
 سيطران معدتي خفي وكذلك الاسهال الذي يوجد في مواده كل من اللثتين  
 والثيروزين وبالبحت عن البول توجد فيه تغيرات وقد يوجد قليل من الزلال  
 جسدا وكل من الطحال والعقد الليفية الظاهرة بالجلس لا توجد منتفخة  
 بحيث لا يتوههم وجود الليكيميا وكذا الجلد لا يكتسب اللون النحاسي المسمر  
 بحيث لا يتوههم وجود الاضطراب العظيم الذي يصاحب داء اديسون ودرجة  
 حرارة الجسم لا تكون منتظمة السير ولا دورته تبعاً لملاحظات ملار وتموجاتها  
 في كل حالة تخالف الاخرى بحيث لا يمكن معرفة طرز مخصوص من تلك  
 التموجات الحرارية الترمومترية وفي العادة تبعاً للعلم ملار تظراء الحمى عقب  
 ابتضاح الانيميا وترتقي الى أشد الدرجات متى صارت الانيميا واضحة جسدا  
 ووصل المرض الى درجة النهاية والتعاقب في أثناء سير المرض بين الازدياد  
 والانحطاط يوافق ثورات الحرارة وانحطاطها حتى انه في الاحوال التي  
 انتهت بالشفاء شوه هذا التحسين في حالة المرض مع تناقص درجة الحرارة  
 وزوالها بالسكلية ولم يمكن عند فعل الصفات التشريحية وجود سبب للحمى في  
 جثث الهالكين بهذا المرض ومع ذلك فقد شوه هذا احوال بهالم تكن الحمى  
 وقتية فقط بل مفقودة بالسكلية وبالبحت عن القلب يستدل على أن قوة  
 ضرباته لا تكون قوية بل ضعيفة متقطعة ولو مع حصول الخفقان المتكرر  
 ووجود ازير واضح احيانا وعند جس القلب لا يستدل منه على وجود آفة  
 عضوية في الصمائم وفي غالب الاحوال ينضم لهذا المرض سيما نحو انتهاء  
 سيره سوء قلبية دموية مع نزيف أنفي وهو الغالب أو غش جلد أو يقع



أكبر وزنة عظيمة على الاطراف أو غيرها في سطح الجسم أو تزيد من  
الأعضاء التناسلية أو من المعدة أو المسالك الهوائية ونحو ذلك بل وقد تحصل  
انسكابات دموية في المنسوجات الباطنية كجوهر القلب والنامور والآن  
الجافية والدماغ ومن المهم جدا حصول الاترفة في الشبكية فانهما تتسبب تبعاً  
ليبر وغيره من الاعراض الملازمة لهذا المرض وهذه الاترفة تظهر عند البحث  
بالمناظر العينية على شكل نكت أو اشربة متفرقة أو غزيرة متجمعة أو مسمرة  
ومسودة على الجزء الظاهر من قاع المقلة خصوصاً بقرب الحلمة ومكونة  
لاشربة متفرقة لبعضها فيما حولها ويوجد في هذه النكت اصفر مبيض  
أو سنجابية صافية كأنه عليه بعضهم واعتبر لها بعض أهمية في التشخيص  
لكن تبعاً للمشاهدات المعلمة لم يكن لهذه النكت السنجابية الصافية التي هي  
عبارة عن اصفر ظاهر حصل فيها الامتصاص واللاترفة الشبكية أدنى  
أهمية في التشخيص فان هذا المعلم لم يجد لها قط في الانيميا الحبيثة بل كذلك  
في احوال الانيميا الأخرى كالناشئة عن سرطان الرحم مثلاً مع نزيف رحمي  
وعن الاجهاض مع النزيف الرحمي وعن النزيف المعدي واستنتج من ذلك  
ان هذه الاترفة ليست خاصة بشكل من الانيميا بل بالحالة الانيمياوية على  
العموم وذكر انهما من الجائز تحصل بكون الأشخاص المصابة بالانيميا الثقيلة  
يحصل لهم القي غالباً وان حركة القي تحدث عندهم اترفة بسهولة بسبب  
التغير الحاصل في جذر الاوعية

ثم ان مدة الانيميا التدريجية لا يمكن تعيينها وذلك لان ابتداء هذا المرض  
لا يندر ان يكون تدريجياً ولا انه قد يعقب بكيفية غير واضحة اضطراباً مرضياً  
من منا كالخلوزوز او مرض ضامن منافي المعدة فانه وان وجدت احوال تسبب  
بكيفية تحت حادة وتثاقل جدا في ظرف ستة اسابيع او ثمانية حتى تنتهي  
بالموت توجد احوال اخرى تسبب بكيفية بطيئة في ظرف عدة من الاشهر بل  
والسنتين مع تعاقب في الثاقل والتخسين الظاهري وفي معظم الاحوال  
يعقب ذلك الانتهاء المحزن لكن هذا ليس محتماً فانه شهود شفاء ربع  
حالات من اربع واربعين في كلينك برمي

وتشخيص الانيميا الحبيثة فيه صعوبة عظيمة في الادوار الاولى منها فلا يمكن

التأكد من حقيقة احياانا الالبواسطة المشاهدة المستمرة لسيره وقد ذهب  
(ايك هرسست) الى انه يمكن الوقوف على حقيقة تشخيص هذا المرض في  
ادواره الابتدائية مطلقا بصفات السكرات الدموية الجراءة معني ان جزاء من  
تلك السكرات يكون حافظا لحجمه الطبيعي وانما يكون باهت اللون فقط والجزء  
الاخر منها يكون واضحا بصع حجه فلا يبلغ الا الربع بالنسبة لقطر الكرات  
الدموية التامة النمو بحيث تشاهد عند البحث كأنما هي نكت شحمية صغيرة  
متلونة بالجرة لكن تبعا لتجارب المعلم ايبين وغيره لا توجد هذه السكرات  
الصغيرة (المسماة بالميكروميتن) على الدوام في الانيميا الخبيثة فليست  
حينئذ واصفة لها بل توجد في غير هذا المرض من الامراض بعدد عظيم

ومن الامور الكثيرة الوجود في الانيميا الخبيثة تشحم القلب المتفاوت  
الدرجة ومع ذلك فهذا التغير ليس واصفا لهذا المرض فانه لا يشاهد فيه على  
الدوام وبسبب التشحم التابعي للقلب قد وجهه المعلم ليتن بفقر الدم وقلة  
احتوائه على الكرات الجراءة اذ بذلك يتناقض دخول الاوكسيجين في الدم  
الذي هو العنصر الضروري المؤدي لزيادة احتراق المواد الزلاية وتلاشيها  
كما وان الاستحالة الشحمية للكبد والكليتين والبنكرياس قد توجد احياانا  
عندما يحصل ترقيح غزير ثم ان الانيميا الخبيثة تكتسب مشابة  
عظيمة بالايكيميا بسبب شدة الظواهر الانيمياوية لكن الامر المعالوم من انه  
يوجد في الليكيميا الحقيقية ازدياد واضح في الكرات الدموية البيضاء وانه  
يوجد في هذا المرض الاخير انتفاخ واضح في الطحال والغدد الليمفاوية  
يسهل التشخيص التمييزي بين هذين المرضين المتشابهين

ومع ذلك توجد احوال يعسر فيها التمييز بينهما لانهما بين احوال من  
الانيميا الخبيثة الموجود فيها انتفاخ في الطحال بكيفية استثنائية وبين  
احوال الايكيميا الكاذبة بل ويظهر ان هناك انقلا من احدهما الى الشك في  
الآخر فقد شرح (ليتن) حالة من الانيميا الخبيثة استحال الى الايكيميا  
النخاعية وذلك لان الازدياد القليل الابتدائي للكرات الدموية البيضاء ارتقى  
دفعه واحدة الى درجة عظيمة واتضح من الصفات التشريحية ان ينبوع  
الاصابة المرضية النخاع العظمي من العظام الطويلة الكبيرة ومن المهم



التمنيية على ما ذكره ليست من انه في أحوال الانيميا الخبيثة توجد كذلك  
تغيرات في النخاع العظمي مشابهة بالكلية لما يحصل في اليكيميا النخاعية  
ولو لم تكن مماثلة لها بالكلية ولربما يجوز الزعم بان الانيميا الخبيثة من جنس في  
النخاع العظمي وعبارة عن ليكميا كاذبة نخاعية مشابهة لليكميا السكاذبة  
الطحالية والغسدية ولذا ذكر أخيراً انه يوجد ولا بد من عظم من حيثية  
التشخيص التي يري بين الانيميا الخبيثة خصوصاً في دورها الابتدائي الغير الحى  
وبين الاشكال الثقيلة من الخلوروز ولا سيما أنه قد يشاهد استحيالة الخلوروز  
الى انيميا خبيثة وبالجملة فمن الجائز اشتباه سوء القنية الثقيل الذي يصاحب  
التولدات الجسدية الخبيثة بالانيميا الخبيثة لاسيما متى كان مجلس تلك  
التولدات الجسدية غير الا يمكن الوصول اليه بالحواس فمن السهل جداً  
الوقوع في الخطأ واعتبار شكل السرطان الذي يرشح في جدار المعدة على  
هيئة تولد مرضى سطحي بدون تولدات عقدية ولا يضيق فوهية المعدة حالة  
من أحوال الانيميا الخبيثة التدريجية

ثم انه في معالجة هذا المرض لم يحصل الى الآن على أدنى فائدة بل وفي  
الأحوال التي شوهد فيها وقوف مستطيل أو تحسين وقتي بل شفاء منه مر  
ظهر ان هذا السير ليس نتيجة المعالجة المتبعة بل نتيجة العمل الحيوي ومع  
ذلك ينبغي الاجتهاد في ازالة الاسباب المضرّة بواسطة الاغذية الجيدة  
والهواء الجيد واستعمال الكينة والمشرطان الكواية ولا سيما المركبات  
الحديدية لاجل مقاومة تقدم المرض بل من الجائز في الأحوال الغير الثقيلة  
الحصول على تحسن في حالة هذا المرض بتلك الوسائط وأما التجارب التي  
فعلت بقصد عدم وقوع الموت بواسطة نقل الدم لاجل إيقاف سير هذا  
المرض عقب الابدحاض الصناعي فلم يحصل فيها على نتائج حسنة الى  
وقتنا هذا

\*(المبحث الثالث في الاسكربوط)\*

❦ كيفية الظهور والاسباب ❦

هذا المرض الذي نحن بصدد ذكره وكان في القرون السالفة ذات صفات متلفة زيادة  
عما هو عليه في هذا القرن يعبر عنه باضطراب غذائي عومي كبر الشدة

أنفليها وهو كغيره من الامراض المودية لسوء القنية ذو وصف خاص وهو  
 انه يصير المنسوجات المختلفة من الجسم مستعدة لالتزقة من جهة ومن جهة  
 أخرى لتغيرات النهاية تزيقية والانهمام الذي نحن فيه من حيثية طبيعة هذا  
 المرض كذلك موجود بالنسبة لاسبابه فانه من حيثية اسبابه توجد آراء  
 مختلفة جدا والامر المعلوم من أن الاسكر بوط يحصل على صفة الامراض  
 الوبائية أو الوطنية في الجماع العظيمة من الناس الممرضين لاسباب مضره  
 بالصحة أي دلنا ان سوء الاغذية والهواء والبقاع والملابس ونحو ذلك له دخل  
 في احداث هذا المرض وأما صفة النوعية الخصوصية فتظهر أنها تؤيد  
 القول بأن المؤثرات المضره السببية نوعيه فقط فمكان يقن على طول  
 الأزمان ان السبب الوحيد للاسكر بوط هو تارة هذا وتارة ذلك ولا شك  
 أن السبب المهم في اتناجه هو اضطراب التغذية لامن قلة المطعومات ولامن  
 تعاطي مواد غذائية منفسدة كاللحم العفن والبقه مماط الحمل العطن  
 بل من استعمال غذائي وخير مدمة طويلة من الزمن فيسه لا توجد بعض  
 العناصر الضرورية للتغذية رأساً أو بعضاً بحيث يثأ عن ذلك ضعف جزئي  
 في التغذية ونوع التغذية الجزئية هذه يوجد غالباً عند الأشخاص المتعيشة  
 في المحافل العظيمة المنعزلة كالعسكر والجيوش والمدن المحصورة والسمجون  
 ولا سيما السفن فان غذائهم كان سابقاً عبارة عن لحوم ملحة وأثمار مخففة  
 مدمة مديدة من الشهور في أثناء السفر وأما الرأي المنتشر قديماً القائل بأن  
 سبب الاسكر بوط هو تعاطي ملح الطعام بكمية عظيمة بواسطة اللحم المملح  
 والمدخن فقد رفض الآن بالكلية فانه لم يحصل مدة الاوية الاخيرة العديدة  
 من هذا المرض تعاطي مقدار عظيم من الملح والذي انفق عليه الآن ان  
 الفقد التام من الجواهر الغذائية الحديثة كالخضراوات والسلطات  
 والبطاطس وكذا اللحم الحديث هو السبب الغالب في احداث الاسكر بوط  
 ولا جمل اعتباراً حوال التغذية كسبب للاسكر بوط قد نبه جارودا بتسداء  
 على أن جميع الجواهر الغذائية التي يكون تقاطيمها وخيدة يحدث غالباً  
 الاسكر بوط كاللحم المملح والاثمار المجففة والخبز الجاف ونحو ذلك يوجد فيها  
 مقدار قليل من كبريتات البوتاسا لا كالمطعومات الاعتيادية بخلاف



الجواهر الغذائية التي ينتج عنها شفاء الاسكر بوط كالبطاطس والخضراوات  
الحديثة والسلطات واللحم الحديث فانها تحتوي على كمية كافية من ملح  
البوتاسا ومع كون نظريات جازود قد قوبلت بالقبول واستحسنها كثير من  
المؤلفين من الاكيد الثابت انه شوهدت اوعية لم تنقص فيها الاغذية النباتية  
الحديثة الكثيرة القلي ولذا لا يشك في انه يوجد مع احوال التغذية المذكورة  
مؤثرات مضره أخرى تساعد معها على احداث هذا المرض وربما استقلت  
في احداثه بنفسها وذلك كما شاق الجسمية العظيمة والبرد والرطوبة والمساكن  
الرطبة وشدة الحرارة وجفاف الهواء والمؤثرات النفسية المحزنة المستمرة  
وبالجملة فقد قال بعضهم بوجود أصل مسم اعني ميازما اسكر بوطية لكن هذا  
الرأى لم يثبت على أساس متين

#### الصفات التشريحية

يظهر في جثث الهالكين بالاسكر بوط متى استمر هذا المرض زمنا طويلا  
نحافة عظيمة واوذيم خفيفة لاسبما في الاطراف السفلى ويكون لون سطح  
الجلد ونضاريا ومغطى بقشور بشرية جافة منفصلة ويوجد في اصفار  
متعددة من الجسم غش أوبقع ايكوموزية عظيمة في جوفهر الجلد وزيادة على  
ذلك يوجد اسفل الجلد وبين العضلات او في نفس العضلات وهونادر وتحت  
اسمحاق انسكابات دموية حديثة او قديمة مستحيلة الى مواد مسخرة متكاثفة  
ويوجد في كل من تجويف البليورا والتامو والبريتون والمحافظ المفصلية  
انسكابات مصلية مدممة او دموية محضة وآثار تغيرات النهائية وبقع دموية  
في الاغشية المصلية وتكون الرئتان منضغطتين بدرجته متفاوتة بسبب  
الانسكابات البليوراوية واما الاجزاء غير المنضغطة منها فانها تكون محلسا  
لاوذيمادمية بل ونضخ الترابي وكل من الكبذ والطحال والكليتين يكون  
مصابا ببقع ايكوموزية ومسترخيا ومحتويا على كثير من الدم ومتشعبا به وغشا  
المعدة المخاطي والمعوى يكون مصابا ببقع دموية ولا سيما الغشاء المخاطي  
الامعي الغليظ فانه يكون متغيرا تغيرا عظيما مري شحا بالدم مسترخيا ومغطى  
بقروح جارية عديدة والدم يكون غالبا ذا لون اسمر مائلا او منعقد او في  
الاحوال المزمنة من هذا المرض يكون صافيا مائلا الى الاس لم توجد صفة

خاصة بالدم الاسكر بوطى وأما القول بتناقض مادته الليفية الذى كان يتمسك به قديما ويوجه استعداد المرض للتزيف فليس قارا للثبوت ولا خاصا بالاسكر بوطى وعين ذلك يقال بالنسبة للتغيرات الواصفة التى تعترى الكرات الدموية الجراء والعدمية اللون بالنسبة لشكلها وعددها فان هذا لا يعتبر واصفا للدم الاسكر بوطى وبالنسبة لكمية المواد الزلائية والاملاح فالاقاويل فيها مضطربة بحيث لا يمكن استنتاج صفة منه وصلة بالمصابين بالاسكر بوطى من هذه الاقاويل

### الاعراض والسير

علامات الاسكر بوطى الابتدائية هي في معظم الاحوال عين علامات سوء القنية العموى الذى يحصل تدريجا فالمرضى تشتكى بضعف وتعب عظيمين لا سيما بشغل رصاصى فى الاطراف السفلى ويحصل عندهم اساءة فى اخلاقهم ولا يمكنهم اتمام اشغالهم ولو خفيفة ويحصل لهم نوع يأس عظيم ومع ذلك يفقد المريض نظارة وجهه فيصير باهتا وبها وتكتسب الشفتان هيئة مزرقة وتغور العينان فى الحجاج وتخطان بهالة مزرقة وجسمهم يتناقص منه وينضم لذلك آلام مزرقة شديدة فى العضلات الارادية والمفاصل كثيرا ما تشبه بالآلام الروماتيزمية وزيادة عن ذلك فقد يحصل عندهم ارتقاء عظيم فى الحساسية من انخفاض درجة الحرارة وزيادة فى تطلب النوم ويحصل ضعف فى انقباضات القلب يتضح بصغر النبض واسترخائه وبطئه ثم بعد استمرار هذا الدور الابتدائى نحو أسبوع أو عدة أسابيع تتضح علامات الاضطرابات الغذائية الموضعية الخاصة بالاسكر بوطى ومع ذلك فتبع المشاهدات سيجكا توجد أحوال فيها يبدئ الاسكر بوطى بعلامات اضطراب التغذية المذكورة من أول وهلة ثم تطرأ علامات سوء القنية العموى عند ما يكون قد اعترى اللثة التغير المرضى الاسكر بوطى والجسم يغطى ببقع اسكر بوطية

وفى معظم الاحوال يبدئ التغير المرضى الاسكر بوطى الموضعى باللثة فالغشاء المخاطى القمى يظهر ابتداء أحمر داكنا ثم يصير لون الحافة السائبة من اللثة خضرا وصاحدا الاسنان القواطع أحمر مزرقا داكنا ثم تتفخج بحيث



ان امتداد انتهاء الزاوية التي بين الامنان يصير على هيئة اتصالات عقدية  
وحيدة تشبه صور اللثة الملتببة كثيرة لالم واهاميل عظيم للادماء ويحصل في  
انضمامها مع الاسنان استرخاء ثم يمتد تغير اللثة تدريجيا من جزئها المغطى  
للأسنان القسواطع من الامام الى المغطى لها من الخلف ومن القسواطع الى  
الاضراس وحينئذ يتصاعد من المرضى رائحة كريهة من الفم ومن المهم  
أن تذكر ان أجزاء حافة الفك التي ليس بها أسنان ولا ثنيات لثوية تبقى اللثة  
فيها سليمة وانه عند الأشخاص الفاقدين للأسنان لا يحصل التهاب  
القسم الاسكري بوطى مطلقا ثم ان الاصابة اللثوية لا تكون على الدوام  
الاصابة الاولى من التغيرات المرضية الاسكري بوطية فقد ذكر سيجكا  
أحوالها سابقا في الاصابة اللثوية انزفة دموية جلدية وأوذيم الاقدام  
وارتشاحات مؤلمة في المنسوج الخلوي وأما الانسكابات الدموية التي تحصل  
في جواهر الجلد فانها تكون نمشا صغيرا مستدير الحياتا وتارة بقعا كيموزية  
ممتدة وتسكاد تظهر ابتداء في الاطراف السفلى ثم تنتشر في جميع الجسم  
لا سيما في المحال المعرضة لآثرات ميكانيكية ولو خفيفة فانها تصير مجلسا  
لايكوموزس ممتد في الوباء الذي شاهده سيجكا في مدينة براج اتضح تأثير  
المؤثرات الميكانيكية جدا فكانت عند أغلب الأشخاص الاطراف السفلى  
هي المصابة لا سيما الركبتين وأما عند كسارى الخطب والمستغلين بإدارة  
دولاب غزل مثلا فكان المصاب الذراع الايمن وعند ماشطات الصوف  
والغسالات فكانت تصاب أطرافهن العليا وعند النساء على العموم محل  
أربطة الجرابيات ونحو ذلك والبقع الايكوموزية التي تكون ابتداء بنفسجية  
بل مسودة اكنة تظهر تغيرات اللون الاعتيادية للدم المنسكب عند زوالها  
فتصير مزرقة ثم مخضرة ثم مصفرة وان حصلت بقع جديدة في أثناء زوال  
الانسكابات الدموية شوهت على جلد المرضى بقع مزرقة اكنة أو مصفرة  
مخضرة وقد ينشأ عن الانسكابات الدموية المحدودة أو التهابات الجلدية  
التريفية فقاعات ممتلئة (وهي الفرقورية الحويصلية وتعرف بالانفجوس  
الاسكري بوطى) وهي ان انفجرت ولم تعالج بالدفء خلفها قد يروح مستعصية  
وهذه القروح تتكون أيضا عند بعض المرضى عن تقرح الجلد المرتشح

بالدم (وهو المعروف بالقرحة الاسكروطية) وتتصف بها التهاب الوسخة  
 البنفسجية وبالتحبيبات الرخوة الاسفنجية السهلة الادما المعطية لقاعها  
 وأما الارتشاحات الدموية أو الاترايية المدممة للنسوج الخاوي تحت الجلد  
 أو بين العضلات فانها تكون أورااما تحت الجلد مستديرة رخوة بتسداء  
 من حجم الجوزة الى قبضة اليد ومجتمعا الاعتيادي الاطراف السفلى ويندر  
 وجودها في العليا والبطن والعنق والوجنتين وتحدث الا ما قليلة وتكون  
 مغطاة بجلد ذي لون اعتيادي طبيعي أو مر تشع بالدم أو انها تظهر على هيئة  
 تيبسات منتشرة ممتدة في ثنية الركبتين وسمانة الساقين والجهة الانسية  
 من الفخذين وتكون عظيمة التيس و بضغطها على العضلات تمتنع حركات  
 الطرف المصاب بل تتعذر جدا والجلد المغطى لتلك التيبسات المنتشرة  
 لا يمكن تزخحه و يسكون امام تشح بالدم أو طبيعي اللون والارتشاحات  
 الاترايية اما أن تتكون بالتدريج أو فجأة وفي الحالة الاخيرة يكون  
 محموبا بالام وحركة جية وتحال هذه الارتشاحات بطيء للغاية بل والعضلات  
 نفسها الاسيما المستقيمة البطنية وعضلات الفطن والصدر قد تسكون محلسا  
 لارتشاحات نزيقية الترايية وحينئذ تظهر هذه البورات العضلية ما لم يكن  
 المنسوج الخاوي تحت الجلد وبين العضلات غير مر تشع كذلك على هيئة  
 تيبسات محدودة جدا ويكون الجلد الذي فوقها سهل الحركة ولونه غير متغير  
 زيادة عن النزيف اللثوي الذي يسدر ان يفقد ويشاهد عند بعض المرضى  
 أنزفة من أغشية مخاطية أخرى لاسيما الانف والشعب والمعي والرحم وكذا  
 قد يشاهد كدم المحمة وانسكا بات دموية في خزاتني العينين ورمخبيث  
 ولا ينسدر مشاهدة أورام دموية فقط أو دموية الترايية تحت السمحاق  
 العظمي لاسيما في الاجزاء السطحية الوضع المعرضة لمؤثرات خارجية  
 كالقصة والاضلاع واللك السفلى (وهذا هو المسمى بالالتهاب السمحاق  
 الاسكروطى) وينتهي اما بالتحال أو بتسكر ز محدود وزيادة عن ذلك  
 تشاهد اصابات مفصالية الترايية مصحوبة بانسكاب مصلي دموى (وهذا  
 هو المسمى بالالتهاب المفصلي الاسكروطى) وانتفاخات مؤلمة في الاطراف  
 المفصالية للعظام مع انفصال الغضاريف واين التهاى في الدشبذ العظمي



وأما التهابات الاعضاء الباطنية لاسيما التهاب البلعوم والبلعور  
 الاسكر بوطى فانهما بالنسبة لاعراضهما لا تختلفان عن التهابات الاولية  
 لتلك الاعضاء وكثيرا ما يحصل افراز غزير جدا في هذين التجويعين بحيث يقع  
 المريض في خطر الاختناق ومع ذلك فقد شاهدنا انسكابات تيمورية  
 وبلعورية عند المصابين بالاسكر بوط زالت بسرعة وقد تحصل في بعض  
 الاحوال اترقة صحائية مصحوبة بظواهر انضغاط الدماغ الشديد جدا  
 أو تشب سكتية يؤدى كل منهما الى الهلاك بسرعة وقد يظهر الاسكر بوط  
 في بعض الاحوال بالنسبة لاختلاف الاعراض السابقة وتعاقيها غير المنتظم  
 صورة مرضية متنوعة — وسير الاسكر بوط من من وقد يكون مستعصيا  
 متى كانت المؤثرات التي تنشأ عنه مسكرة وفي مثل هذه الاحوال المستطيلة  
 يصل انحطاط المرضي الى أشد الدرجات فتقع في الاغماء عندما تريد الجلوس  
 وتشتكى بخفقان مؤلم وعسر في التنفس وانقباضات القلب تصير ضعيفة  
 سريعة وتظهر في المنسوخ الخلوى تحت الجلد أو ذئبا ممتدة ويكتسب كل  
 من اصابة اللثة والبقع الا كيموزية والارتشاحات اليابسة للمنسوج الخلوى  
 وغيرها من الاصابات الموضعية شدة وامتدادا عظيمين ومما ينبغي التنبيه  
 عليه انتقال حالة المرضي بسرعة وتحسينها الذي يعقب الاحوال الميؤس منها  
 في زمن قليل بحيث يبتدى الشفاء بسرعة متى زالت المؤثرات المضرة  
 ووضعت المرضي في شروط صحية جيدة وعلى العموم فالمرض المصاب  
 بالاسكر بوط تتم زهاهته وشفاءها ببطء عظيم ويكون عندها استعداد للنكسات  
 والانتهاه بالموت في هذا المرض يحصل اما بعد مدة مستطيلة بظواهر انهوكة  
 العظيمة والاستسقاء العموي أو بظواهر أسرع قبل وصول الضعف الى درجة  
 عظيمة بواسطة التهاب البلعور أو التاموزي أو الاستهال الغزير المدم  
 أو عقب اصابة المعى الغليظ أو غيرها من العوارض والاحوال الخفيفة من  
 الاسكر بوط ذات المدة القصيرة وسوء القنية الخفيف والاصابات الموضعية  
 الخفيفة السطحية الغير المصيبة للاعضاء والاجهزة الرئيسة انذارها جيد  
 على العموم سيما متى أمكن وضع المرضي في شروط صحية جيدة والاحوال  
 المغايرة لذلك تكون بالعكس انذارها غير جيد وتبع التجارب دوشك التي فعلها

في ستة أشخاص مصابة بالسكر بوط لم يحصل فقط عند ارتقاء هذا المرض  
تناقص في كمية البول بل كذلك في جميع أجزائه الصلبة ما عدا البوتاسا  
وحمض الفسفوريك وهندطر والتحسين تزداد كمية البول ثانياً ويقل  
الاختلاف الهيكلي من الأجزاء الصلبة والحركة الحية تفقد في الأحوال  
لخفيفة من السكر بوط وأما في انتهاء سير هذا المرض لا سيما في الأحوال  
الثقيلة فإن تغيرات الموضعية النهائية تسكاد تصطب على الدوام بالحمى

### المعالجة

السكر بوط قل جداً في العصر المستجد بواسطة قصر الأسفار بالسفن البخارية  
وضع المونة الكافية فيهما من الإغذية والمواد المضادة لهذا الداء كعصارة  
الليدون والجرجير والخضراوات والبطاطس وحفظها على حالة جيدة في  
مخاف من الصفيح وغلقها غلقاً محكماً وكذلك تناقص هذا الداء في القرى  
والبلدان التي كان يوجد فيها سابقاً بكثرة وذلك بتحسين حالة المساكن  
وشروطها الصحية وكذا الإغذية بالنسبة للفقراء بحيث لا تطيل الكلام على  
الوسائط الواقية من السكر بوط وإن ظهرت بجملة الأحوال من هذا الداء في  
المجامع العمومية وخشي من انتشاره انتشاراً واثماً واجب التمسك بالوسائط  
الصحية الواقية وهي عبارة عن النظافة التامة والتدثر بالملابس المدققة  
وتغيير هواء المساكن والرياضة في الهواء المطلق والحصول على ماء عذب  
للشرب وإغذية مناسبة كاللحوم والخضراوات الحديثة وأنواع السلطات  
والبوزة الجيدة والقهوة والنبع العتيق

وعند اتضاح السكر بوط ينبغي استعمال النباتات المجهزة بالضبط المأخوذة  
من الفصيلة الصليبية نحو الجرجير والكرنب والقرنبيط والفجل وحشيشة  
الملاعق وغير ذلك فإنها جيدة التأثير بخلاف خلاصتها فإنها عديمة المنفعة  
فيعطى من العصارة الحديثة من ٦٠ إلى ١٢٠ جراماً وزيادة عن ذلك  
فلا تصارق الأثمار الحمضية تأثير جيد كالليمون والكرز وتوت الأرض  
والنفاخ ونحو ذلك وارتعكنا على القول بأن منفعة عصارة تلك الأثمار مبنية  
على احتوائها على حوامض نباتية قد أوصى باستعمال حمض الطرطريك  
والليمونيك في هذا الداء لكون لم تؤيد التجارب حقيقة تلك النظريات وأما



النظريات الأخرى القائلة بأن احتواء تلك الجواهر النباتية على البوتاسا هو المثير فیرتكر اليها وهي مطابقة لنظريات جارود القائلة بأن منشأ الاسكر بوط هو تناقص احتواء المنسوجات على البوتاسا أعني البوتاسا العضوية لا البوتاسا الدموية لكن النتائج العلاجية التي تحصل عليها باستعمال الاملاح القلوية النباتية النقية تخلصات البوتاسا وليموناتا غير عديدة وغیر كافية حتى ينتفع بها في اثبات نظريات البوتاسا في الاسكر بوط ومن المدحوح بكثرة في هذا المرض ما أوصى به ( فيمن ) وهو خيرة البوزة التي تعطى من ١٨٠ الى ٣٠٠ جرام في اليوم وعندما يزداد الضعف وسوء التقنية تستعمل مع النجاح الجواهر المرة والعطرية كالاستحضارات الكينية ولا سيما المركبات الحديدية ومن المهم جدا الاعتناء بالتدبير الغذائي الصحي طيلة المآذ كرنا في المعالجة اللائقة واصابة اللثة تستدعي غسل الفم مرارا بالماء أو بمحلول الشب أو التين أو كلورات البوتاسا ومس قروح اللثة الدائمة بمحلول الحجر الجيري والبقع الايكوموزية والارتشاحات الدموية تستدعي استعمال الكمادات والغسل بالخل العطري وروح السكا فور ونحو ذلك وكل من انزفة الاعضاء الباطنية والتهابات تعالج مع اعتبار حالة الضعف العظيمة طبقا للقواعد العامة

### \* (المبحث الرابع) \*

#### \* في الداء النمشی لور لهوف \*

الداء النمشی لور لهوف يقرب بالكلية من الاسكر بوط فان ظواهره الواصفة مبنية كذلك على خروج الدم من الاوعية الشعرية للجلد والاعشية المخاطية لكن في هذا المرض لا تصطبج الانزفة الشعرية بالاصابة الخاصة بالفم ولا بالانسكابات الواصفة تحت الجلد وبين المنسوج العضلي ولا بالتهابات نزيفية في الاعشية المصلية كما ذكرنا في اعراض الاسكر بوط وبالاقل فانزفة الاعشية المصلية وتكون أورام دموية في المنسوج تحت الجلد أو بين العضلات والانزفة السجائية ونحو ذلك لا تحصل في هذا الداء الا بكيفية استثنائية

ثم ان أسباب تفرق الاوعية الشعرية في ذاء ور لهوف غير واضحة ومن امتداد

في أقسام مختلفة من الجسم وكثرة وجود هذا المرض عند  
 البنية والنقهي من الأمراض الثقيلة والمما كثر في أماكن رطبة رديئة  
 المتعيشين في أوساط صحية غير جيدة يقرب من العقل أن الحالة المرضية  
 لجدر الأوعية متعلقة برداءة تغذيتها بالعدم كفاية العنصر المغذي أو رداءته  
 لكننا من جهة أخرى نرى إصابة الأشخاص الأقوياء البنية المتعيشة في  
 أوساط صحية جيدة ولا يتوهم أن عندهم أدنى تغير في صفات الدم  
 وفي بعض الأحوال يكون ظهور نكت فور فور ية عديدة على الجلد هو العلامة  
 الابتدائية لداور لقوق وفي أحوال أخرى تسبق انزفة الجلد ببعض أيام  
 أو أسابيع باضطراب خفيف في الهضم واضطراب بنى عوى وتعب وانحطاط  
 بل ويحمى لكن لا يبتدى هذا المرض البتة بعلامات سوء القنية الثقيل كما  
 في الاسكر بوط والنكت الفور فور ية تكون عادة في حجم حب الشهدانج  
 أو العدس وينتشران تكون ممتدة أيكموزية ومجلمة غالبا الأطراف لاسيما  
 السفلى والجلد مع ذلك فلا أقل من أن يكون الوجه مغطى بنسكت عديدة  
 وعندما تصبح النكت الابتدائية مخضرة أو مصفرة تظهر نكت دموية جديدة  
 وقد تخرج في بعض الأحوال نقط دموية من مسام الجلد بدون تجوير تسمية  
 ذلك بالعرق الزيفي وكذا يشاهد في الأغشية المخاطية الطاهرة لاسيما  
 فجوف الفم والحنق يقع نكتية صغيرة ويكثر في هذا المرض زيادة عمافي  
 الاسكر بوط ظهور انزفة غزيرة مهلكة من الأغشية المخاطية كالرعاف  
 الغزير والقيء الدموي والنزيف المستقيم والبول الدموي والنزيف  
 الرحمي وكذا قد يحصل نزيف لثوي بدون أن يشاهد الانفخاخ النهائي  
 والتلون الأحمر المزرق في اللثة كما في الاسكر بوط فان اصاب هذا المرض  
 أشخاصا من اقوياء البنية من قبل ولم يتكرر النزيف بكثرة من الأغشية  
 المخاطية كانت الحالة العامة الجيدة للرضي غير موافقة بالسكبة للظواهر  
 المدركة لسوء القنية المزيفي هذا ومع ذلك فانه يتضح هذا المرض بكثرة الحمى  
 ولو كانت معقودة في الابتداء والانزفة الغزيرة المتكررة يمكن أن ينتج عنه  
 الانيميا الشديدة والميل لوقوع في الانغماء والاستسقاء بل والموت وفي غالب  
 الأحوال ينتهي هذا المرض بعد اسبوعين أو اربعة بالشفاء ومع ذلك فعلى



الطبيب ان لا ينسى ان بعض احوال هذا المرض ولو الخفيفة في الابتداء قد تنتهي فيما بعد بالموت بواسطة الاثر في الغزيرة المتكررة المستعصية واما تشخيص هذا المرض فليس من الممكن على الدوام تمييزه من جهة من افر فورية البسيطة والروماتيزمية التي سبق ذكرها ومن جهة اخرى عن الاسكربوط فانه يوجد ولا بد تنقلات بين هذه الامراض واسهالة بعضها الى الاخر بل ومن الجائز اختلاط داء ورهوف الذي يصطبغ ايضا بسوء القنية النزيفي وان كان ذلك ليس على الدوام بالليكميا الحقيقية والسكاذبة وبالانيميا الخبيثة ونحو ذلك

ثم ان المعالجة الاعتيادية الموصى بها في داء ورهوف النمشي هي عبارة عن استعمال حمض الكبريتيك والاستحضارات السكينية كما وصي به ورهوف نفسه وهذه المعالجة ولولم يثبت ان لها تاثيرا واضحا جيدا في سير هذا المرض فلا بد من اتباعها لعدم وجود طرق علاجية اخرى اأ كدوانفع منها فيعطى في الايام الاول من هذا المرض حمض الكبريتيك المخفف او الاكسيرا الحمضي لهماير من عشرة نقط الى اثني عشرة نقطة كل ساعتين في صواغ غروى ابتداء ثم في مغلى السكينا وزيادة عن ذلك يعطى محلول فوق كلورور الحديد (من نقطتين الى خمسة في صواغ غروى كل ساعتين او ثلاثة وخلاصة الايرجوتين وخلات الرصاص وزيت الترمنتين بقدر جرام او اثنين في اليوم) وجميع تلك الجواهر الدوائية لم تثبت جيدا درجة منفعتها بالتجارب وان حصل رعاى غزير ولم يتيسر ايقافه باستعمال التبريد فلا ينبغي التواني في استعمال عملية السد الانفي فان النزيف عادة كلما استطالت مدته ازداد استعصاؤه ويضارب القيت الدموي باستعمال قطع الجليد الصغيرة ومصل اللبن مع الشب والمكمدات الباردة على البطن والبول الدموي بالتين بمقادير عظيمة ومن المهم ملاحظة المريض للراحة التامة في الفراش في ابتداء هذا المرض واستعمال تدبير غذائي مغذ وغير منبه وانما عند وجود درجة ضعف عظيمة خطيرة لا مانع من استعمال المنعشات كالنبيد والكونيال والسكافور وعند ارتقاء الخطر جدا يجوز تجربة نقل الدم

## \* (المبحث الخامس) \*

في الايموفيليا اي سوء القنية النزيفي

يعنى بالايموفيليا سوء القنية النزيفي الوراثي الذي يتصف بشدة واستعصاء غير اعتياديين للترقة الجرحية من جهة ومن جهة اخرى بميل عظيم للترقة الغزيرة الذاتية والى الآن لم يثبت وجود تغيرات مخصوصة في الدم او في جدر الاوعية عند المصابين بسوء القنية النزيفي بها توجه الظواهر المرضية الموجودة عند هؤلاء الاشخاص وهل ذلك ناشئ عن تغير في صفات الدم التي ينتج عنها تناقص في مقاومة جدر تلك الاوعية اعني هشاشة فيها او ازدياد في اتساع مسامها وهل سبب صعوبة ايقاف النزيف عنده مثل هؤلاء الاشخاص ناشئ عن شلل في الاعصاب الوعائية واسترخاء جدرها كل ذلك يتحقق الى الآن ولعله فيما سياتي يتضح بابحاث جديدة

ثم ان معظم الاحوال المعروفة من الايموفيليا كانت وراثية وينبوع بمعنى ان المرضى كانت متخلقة عن عائلات اعترى احدا اعضائها او جماعة منها في الزمن السابق الايموفيليا وهناك امثلة فيها امتدت هذه الحالة في عائلة من العائلات الى الطبقة الثالثة او الرابعة منها واخرى كان يترك طبقة ويصيب الاخرى بمعنى ان الايموفيليا لم تعتر الا اولاد بل الاحفاد ومن النادر ان يعترى هذا الداء جميع اعضاء عائلة واحدة بل الغالب ان تبقى البنات مصابات منه وهناك مشاهدات اكيدة يستنبط منها ان الايموفيليا قد تنشا عن استعداد عارض خلقي غير وراثي ومما ينبغي ذكره وجود الرغب العظيم الغير الاعتيادي في العائلات المعترية بسوء القنية النزيفي

ثم ان الايموفيليا لا تتضح ولا تعلم قبل ان يستدل من التجارب على ان كل جرح ولو واهيا ينتج عنه نزيف يعسر ايقافه ويهدد الحياة فانه لا يوجد عند المريض قبل ذلك عرض من الاعراض يذ لنا على الخطر الواقع فيه المريض فان بعض المؤلفين وان ذكر ان الاشخاص المعترية بسوء القنية النزيفي تتصف بكثرة لونها وشغوفية او عيتها السطحية وشقرة شجرها وزرقة اعينها ونحن قد شاهدنا ذلك ايضا في عائلة الا ان هذه الصفات كانت موجودة عند الاناث غير المصابات بهذا المرض وبعض المؤلفين ذكر ان الهيئة الظاهرة



قد لا تكون واضحة لهذه الحالة والجروح التي ينتج عنها انزفة خطيرة  
 للغاية عند مثل هؤلاء الأشخاص هي قلع إحدى الأسنان والوخز  
 والتشريط والشقوق الصغيرة أو لدغ حلقية بل يكاد يظهر أن مثل تلك  
 الجروح الواهية أكثر خطراً بالنسبة للمرضى من الجروح العظيمة والدم يسيل  
 من الجرح بدون أن يرى فيه وعاء دام فكانما يسيل من قطعة اسفنجة وجميع  
 الجراح التي تفعل لقطع النزيف لا تثمر فانه قد يستمر جملة أيام والدم  
 الذي يكون ابتداءً من عظامه را يصير فيما بعد رقيقاً مائعاً ولا يكون إلا  
 تعقيدات واهية ثم تكتسب المرضى هيئة باهتة شمعية وتصبح الشفتان فاقدتي  
 اللون ويحصل الانغماء وغير ذلك من علامات النزيف والمرض قد تم لك من  
 أول نزيف لكن الغالب وقوفه فالمرضى المنموكة لا تتوحد أنوهابها الا ببطء  
 من المقد الدموي العظم البالغ جملة أروطال إلى أن تقع في خطر آخر بواسطة  
 جرح آخر وزيادة عن هذه الانزفة الخطيرة يحصل عند المصابين بسوء التقنية  
 النزيف عقب الرض الخفيف انزفة ممتدة في جواهر الجلد والمنسوج  
 الخلوي تحته فقد ذكر وندرايش انه قد شاهد عند طفل وقع له عقاب  
 في مدرسته او رام دموية واشترطة كدمية عظيمة ذات لون مزرق او محمر  
 بحيث ان اهله اقامت دعوة على سوء المعاملة وقساوتها ثم اتضع فيما بعد  
 ان الطفل كان معتبره سوء التقنية الزيفي — واما الانزفة الذاتية  
 التي تطرأ عند المصابين بهذه الحالة بدون اسباب مدركة فانها لا تظهر في  
 احوال الايموفيليا الا بعد حصول انزفة جرحية متكررة واكثرها حصولا  
 الرعاف ومع ذلك فقد تحصل انزفة شمعية او معدية او دموية وكذا انزفة  
 ذاتية في جواهر الجلد والمنسوج الخلوي تحته وهذه الانزفة قد تسبق ببعض  
 ظواهر مرضية كالخفقان والفتور وعلامات اتجاه الدم نحو الدماغ وآلام  
 الاطراف وانتفاخات مؤلمة في المفاصل لاسيما مفصل الركبة والقدم وعند  
 البنات يحصل الطمث متقدماً وغزيراً جداً بكيفية غير اعتيادية وفي بعض  
 الاحوال التي ذكرها **ك**ير لم يكن وجود ابتداء عند البنات علامات  
 واضحة لهذا الداء ثم عند تقدم السن وحصول الحمل عندهن تصير  
 علامات سوء التقنية النزيفي واضحة وسير الايموفيليا يختلف فهناك احوال

يشاهد فيها تزييف من السرقة عند الاطفال بعد الولادة ولا يمكن ايقافه  
 لكن الغالب ان لا يحصل التزييف الا في اثنا العتسنتين او في السنة السادسة  
 او الثامنة او متأخراً عن ذلك وغالب المصابين بسوء القنية التزييفي يهلكون  
 بسرعة فقليل منهم من يجاوز سن الطفولية ومع ذلك فهناك احوال مغلوطة  
 فيها وصلت المرضى الى سن متقدم جداً بعد تناقص هذا المرض او انطفائه  
 بالكافة

ثم انه لم يوجد عندنا وسائط علاجية بها يمكن ازالة سوء القنية التزييفي  
 الخلق ولذا تقتصر بواسطة تنظيم المعيشة ومنع المؤثرات المضرة على تحسين  
 حالة التغذية العامة والجنينة بتمامها حتى يزول هذا الداء الخطر ومن الواضح  
 انه ينبغي تجنب حصول الجروح ولوا الواهية وان حصلت انزفة ذاتية مع  
 ظواهر الاحتقان وجب استعمال ملح جلو بير بمقادير مسهلة والحوامض  
 والديجيتالا ونحو ذلك وان كان التزييف ناشئاً عن جرح وجب استعمال  
 الضغط الموضعي اما بواسطة الاصبع او الرفائد المدرجة او الاسد فهو اهم  
 الوسائط ومع ذلك يجوز مس الجرح بالحجر الجهنمي او بمحاول فوق كلورور  
 الحديد مع استعمال التبريد ويستعمل مع ذلك من الباطن كل من الجويدار  
 وخلات الرصاص بمقادير عظيمة متكررة — وقد اوصى كيرر عند  
 النساء الحوامل المصابات بالاموفيليا باحداث الاجهاض بالصناعة  
 او التوليد السريع خشية من حصول الانيميا بالخطرة التي تنتج عن تكرار  
 التزييف عندهن وفيما اذا نتج عن الاترقة المتكررة انيميا شديدة وجب  
 استعمال المركبات الحديدية والنيبيذ والاعذية الجيدة ومع ذلك فليس من  
 الجيد كما ذكره ايمبر من المبادرة باستعمال المنعشات فان الاغشاء الذي يطرأ  
 في اثنا سيلان التزييف غير الممكن ايقافه قد يكون هو الواسطة الوحيدة  
 في الحياة بايقافه له

#### \* المبحث الرابع \*

\* (في الاسكر وفي لوز المعروف بداء الخنازير) \*

( كيفية الظهور والاسباب )

يعنى بلفظ داء الخنازير حالة مرضية في الجسم متعقدة باستعداد واضح



لظهور اضطرابات غذائية مخصوصة في الجلد والغشية المخاطية والعظام  
والحواس ولا سيما في العدة التي تنفاوية ويجوز التعبير عن بنية الشخص  
الموجود فيه هذا الاستعداد المرضي لتلك الاضطرابات الغذائية بانها  
خنازيرية ولو لم يكن معتريه في الحالة الراهنة احد تلك الاضطرابات وقد تركت  
الآن النظريات القائلة بأن داء الخنازير مبنى على وجود خلط دموي  
مرض (اي سوء قنية) وان الاضطرابات الغذائية التي تشاهد عند  
المصابين بداء الخنازير تنشأ عن تراكم الخلط الخنازيري السابح في الدم  
والعصارات في المنسوجات المختلفة من الجسم فان التغيرات التي تظهر في  
الجلد والغشية المخاطية والمفاصل والعظام واعضاء الحواس عند  
الاشخاص الخنازير بين عبارة عن تغيرات النهاية ولا تتميز في شئ عن  
الاضطرابات الغذائية الانتهائية التي تحصل عند الاشخاص الغير  
الخنازيرى البنية وصفاتها المخصوصة تتخرج فقط من سيرها الطبيعي وهما  
للتكسبات وبكونها الشدة تأثر المنسوجات تكفي المنبهات ولو الواهية جدا في  
احداثها فانه لا يتيسر ذكر الصفات الخاصة بطفح خنازيرى او باصابة  
مفصالية خنازيرية مثلا وتميزها عن طفح اوداء مفصلي غير خنازيرى بل  
والاستحالة الحبيثة التي كثيرا ما تعتري المنحصلات الانتهائية ليست واصفة  
ايضا للاضطرابات الغذائية الخنازيرية بل ان هذه خاصة مشتركة بينها  
وبين غيرها من الاضطرابات الغذائية الاخرى التي تكون ذات سير بطيئ  
وميل قليل نحو الفساد والتقيح أو التحال ايضا ثم انه وان كانت الاصابة  
المرضية لعضو من الاعضاء لا تظهر صفات مخصوصة بها تعرف طبيعتها  
الخنازيرية فمع ذلك ينسب الوقوع في الشك في كل حالة راهنة في معرفة  
الطبيعة الخنازيرية لتلك الاصابة من عدمها فانه ان كان السبب المضر الذي  
بتأثيره احدثها واهيا جديا بحيث قد يخطئ في عليتنا واتضح لنا ان الاصابة على  
ما يقال ظهرت من نفسها وظهرت تلك الاصابة او ما يماثلها جملة مرات بدون  
سبب مدرك وكانت متضاعفة بعدة من الاضطرابات الغذائية الاخرى لاسيما  
بالتهابات مزمنة متعصية في العقد الليفية جازولا بدتسميتها بالخنازيرية  
واما ان وجدت اسباب ظاهرة بتأثيرها على الجسم يمكن توجيه ظهور الاصابة

الموجودة واستعصاؤها بدون الالتجاء الى القول باستعداد مرضى مخصوص  
وكانت تلك الاصابة منفردة ولم تكن من تبطة باصابة مرضية من نسبة في  
العقد الينفاوية جازتسميتها ولا بد بغير الخنازيرية ولو كان لها مشابهة  
عظيمة بل مماثلة تامة بالنسبة لاوصافها الظاهرة بينها وبين الافة الخنازيرية  
ثم ان داء الخنازير يكون في الغالب خلقيا وراثيا أكثر من كونه عارضا أي  
حاصلا بعد الولادة

فاما داء الخنازير الخلقى فيوجد في الغالب عند الاطفال المولودين من أبوين  
كانا خنازيري البنية في شيويتهم ما فهناك عائلات يكون داء الخنازير  
فيها مصيبا لجميع الاطفال بل أغلبها ومن قبيل هذا الشكل الوراثى بالمعنى  
الحقيقى داء الخنازير الذى يصيب الاطفال التى كان أبواؤها مدة التناسل  
أو أمهاتهما فى أثناء الرضاعة مصابة بداء السل أو السرطان أو الزهري العتيق  
أو غيرها من أمراض سوء التغذية المنهكة وكذا داء الخنازير الذى يصيب  
الاطفال المتخلفة عن أبوين متقدمين فى السن جد امدة التناسل وحيث اثبتنا  
نعم ان كثير من الاضطرابات الجسمية والعقلية تنتقل من الابوين الى  
الاطفال فلا غرابة ان الاطفال المتخلفة عن أبوين مرضين ضعيفين تولد مع  
استعداد عظيم للمرض دون المتخلفين من أبوين سليمين قويى البنية وأما  
القول المنتشر جدا بوجود داء الخنازير الخلقى عند الاطفال المتخلفة من  
أبوين بينهما قرابة قريبة فليس واضحا ولا قريبا من العقل — ولنضيف  
الى ما ذكرناه ان داء الخنازير الخلقى لا يعترى جميع الاطفال المتخلفة عن  
أبوين خنازيري البنية أو ضعيفي أو متقدمين فى السن ولا جميع الاطفال  
المتخلفة عن أبوين بينهما قرابة بل ان استعدادا عظيما من تلك الاطفال يولد  
بدون استعداد مرضى واضح كما وانهم من جهة أخرى نذ كراه قد يوجد داء  
الخلازير الخلقى عند اطفال ليس موجودا فى أهلها أحد الامور السابق  
ذكرها

وأما داء الخنازير العارض فانه يتضح على الخصوص عقب مؤثرات مضره  
تعوق نمو جسم الاطفال نمو اصحيا فى السنين الاول من الحياة وأهم تلك  
المؤثرات المضره التغذية الغير الجيدة ولا سيما التغذية بجواهر كربونية



ادراتية اى مائية وقليلة المواد الازوتية التى لا تحتوى على جواهر مغذية  
 بنسبة حجمها وقد تيقظت الافكار فى العصر المستجد الى الضرر الجائر وقوعه  
 من التغذى بلبن الابقار الضعيفة المصابة بالدرن ووقع الظن بحصول مثل  
 هذا الضرر بسبب وجود جوهر فى العقد الدرنية عند الابقار مشابه لما يوجد  
 فى الدرن الانسانى ولانه ثبت بالتجارب انه بتهطيم لبن الابقار الدرنية  
 لحيوانات اخرى اممكن احداث داء الدرن واصابة العقد الليمفاوية  
 الماسارية والعنقية عندهم شبيهاً بداء الخنازير الماسارية عند الاطفال  
 لكن وان جاز الظن والقول بالتأثير المضر لتعاطى مثل هذه اللبن فلم يكن  
 عندنا فى الحقيقة مشاهدات قطعية من هذه الحيثية وكما كانت التغذية الغير  
 الجيدة للاطفال متقدمة الحصول كان خطر اصابتهم بداء الخنازير عظيماً  
 ولذا ان الاطفال المتغذية بالصناعة يصاب عدداً عظيماً منها بهذا الداء ومثل  
 التغذية الغير الجيدة قلة الحركة والريضة فى الهواء المطلق والحرمان منه فقد  
 جمع هرش عدة من المشاهدات التى تثبت ان الإقامة المستمرة فى بيوت  
 الاقطة وتكايال الفقراء والمكاتب والفريقات ونحو ذلك من الاماكن الغير  
 المتجددة للهواء والمتحمل هواؤها باخرة مائية وتصاعدات وتحملات  
 حيوانية تساءل على ظهور داء الخنازير وان تأثير تلك الاسباب  
 المضرة بانفرادها يكفى فى احداث هذا الداء ولو كان فيها اغذية جيدة  
 وملابس كافية نظيفة — وفى الغالب يظهر هذا الداء عقب تأثير جملة  
 من تلك الاسباب الغير الصحية وحيث ذكرنا ان المؤثرات المضرة التى نعوق  
 نمو الاطفال غواصها هى الاسباب الذاتية لداء الخنازير فلا بد وان نضيف  
 لذلك ان هذا الداء قد يظهر عند البالغين تبعاً للتجارب التى فعلت فى السجون  
 وبيوت الفقراء والشعاليين عن كانت تغذيتهم غير جيدة ومحرومة من الهواء  
 المطبق ومعرضة لمؤثرات غير صحية اخرى ولا يندران يعقب بعض  
 الامراض الحادة او المزمنة ظهور داء الخنازير او تكراره ثانياً وذلك يحصل  
 بكثرة كلما كان الشخص حديث السن ونمير تام النمو وفى جملة هذه  
 الامراض عند الاطفال بعد السعال التشنجى والحصبية والجدرى وبالجملة  
 فلا يشك فى ان تأثير البرد عند الاشخاص المستعدة باحداثه لانه يات نزابة

في الأغشية المخاطية والاثورات الجرحية باحدا التهابات مستطيلة  
جينية يمكن ان تساعد في ظهور هذا الداء ويكثر داء الخنازير عند فقراء المدن  
والقرا ومع ذلك فهذا الداء ليس بنادر عند الاغنياء بسبب تساهل الاستعداد  
الوراثي عندهم ويوجد هذا الداء عند النوعين (اي الاناث والذكور)  
على حدسوا ويندر وجوده في س الرضاع لكنه يظهر في جميع درجات سن  
الطفولة الى خمسة عشر سنة ولا يحصل بعد البلوغ الا بكيفية  
استثنائية فظهوره اذذاك ظهورا ابتداءيا يعدم من التوارد لكن نكسائه  
فيهم كثيرة الوقوع

### الصفات التشريرية

حيث ذكرنا ان الالتهابات الخنازيرية ليس لها صفات خاصة يجوز انسا  
ولا بد بالنسبة للتغيرات التشريرية للطفحات الخنازيرية والالتهابات  
النزلية الخنازيرية ونحو ذلك الاقتصار بالكلية على ما ذكرناه عند الكلام على  
امراض الجلد بالنسبة للصفات التشريرية للجلد وبالنسبة ايضا للصفات  
التشريرية للأغشية المخاطية وانما نضيف لذلك ان التغيرات الالتهابية  
عند الاشخاص الخنازيريين تكون غالبا كثيرة الاخلية الحديثة وبذلك  
يوجه ميلها للتقيح والاستحالة الجينية — وأما شرح التغيرات التشريرية  
التي تظهر في العظام والمفاصل واعضاء الحواس عند الاشخاص الخنازيريين  
البنية والتي طبقا لما ذكرناه لا تميز عن غيرها بصفات مخصوصة فهي من  
خصوصيات علم الجراحة والرمد والفسخ الاخير هو الذي سبق غيره من الفنون  
بعرفة ان الصفات الخاصة بالرمد الخنازيري دون غيره من التهابات وهبة  
لا حقيقة — وأما التغيرات التشريرية التي تعترى العقد الليفية  
عند الاشخاص الخنازيريين فهي التي نطيل الكلام عليها حيث انها هي  
الكثيرة الحصول جدا عند الاشخاص المصابين بهذا الداء حتى ان العوام تعتبر  
داء الخنازير واصابة العقد الليفية شيئا واحدا واصابة الغدد الليمفاوية  
في الاشخاص الخنازيريين وان جاز حصولها أحيانا عقب تأثير جرحي  
لا واسطي أو تأثير البرد ونحو ذلك الا أنها تنشأ في معظم الاحوال عن مهج  
يصل اليها آت من جذور الاوعية الليفية الواصلة لها بحيث ان المهيجات



الخفية الواهية جدا المأثرة على الجلد أو الأغشية لمخاطبة أو الأعضاء  
 الباطنة تحدث انتفاخا في الغدد الليفية عند الأشخاص ذوات البنية  
 الختارية وهذا الانتفاخ قد يصل الى حجم عظيم جدا ومتى كانت جولة الغدد  
 مصطفة على خط واحد ومجموعة مع بعضها يكون نوع أشربة عقدية  
 او حزمة غير منتظمة وهذه الاورام الغدية تكون ذات شكل غير منتظم  
 ومقاومة عظيمة وسطح أملس وهي تشأع ضخامة في الغدة أو وهو الاصح  
 عن نمو خلاوي حيث ان جوهر الغدة بتمامه لم يتزايد بل الذي يتزايد هو أخلية  
 الغدد الى تفاوتية وحيث ان احتواء تلك الغدد على عناصر خلوية قابل  
 للازدياد والتناقص في الحالة الصحية فلا يستغرب من كون الغدد الليفية  
 العظيمة الحجم جدا لا يندر أن يزول انتفاخها بالسكاية ومع ذلك فالتناقص  
 التدريجي لتلك الاورام ورجوع الغدد الى حجمها الطبيعي ليس هو الا انتهاء  
 الوحيد لداء الختارية الغدي — فانه في بعض الاحوال تصير الغدد  
 المنتفخة منه وخلاوي فيها (المعروف بالايبريلامى) مجاسا لتغيرات  
 النهائية تطرؤ عليها فيما بعد ويستترك في ذلك المسوح الخلاوي المحيط  
 وحينئذ لا يمكن تمييز الغدد من بعضها في الورم العظيم ثم يلتصق الجلد بالورم  
 السكائن أسفل منه فلا يتزخر عنه والالتهاب الغدي يستحيل عادة  
 الى التقيح وتكون الخراج ثم ينثقب الجلد المسترق جدا بواسطة قبح الخراج  
 فيخلف ذلك قرحة متعرجة ذات حواف منفصلة — وفي أحوال اخرى  
 يحصل الالتهاب والتقيح في جزء محدود من الغدة المنتفخة فقط والتقيح  
 المكون ابورة لا ينثقب بحفظة الغدة بل يتكاثف ويستحيل الى مادة جبنية  
 فان زال انتفاخ الغدة في مثل هذه الاحوال وجدت ابورة الجبنية مكونة  
 لشيء عقدة صلبة على السطح الظاهر من الغدة وصيرت شكلها غير منتظم  
 بل والغدة المنتفخة بواسطة النمو الخلاوي يمكن أن تترسب استحالة جبنية  
 جزئية أو كلية بدون ان يسبق ذلك التهاب وتقيح فان حصل ذلك في أجزاء  
 محدودة صار شكل الغدة غير منتظم وزاويا والابورة الجبنية قد تستحيل  
 الى حالة طباشيرية لكنها فيما بعد يتهيجها الماحولها كيم غريب قد  
 توذى لالتهاب مستعص وتقرح في الغدة وبالجملة فقد يتكون درن واضح

في الغدة المتنفخة المتجينة أو تغير المتجينة بل وذهب شبل الى ان كل تجين في الغدة الليفية مبني على تكون الدرن فيها بخلاف (ورجوف) فانه ذهب كما هو معلوم الى ان الجوهر الجبني قد ينشأ عن تشكر في جوهر الغدة المعترية بالنمو الخلقي وانتفاخ الغدة الليفية عند الاشخاص المختازيرين يكون مجلسه غالباً على لاسمها خاف الاذنين وأسفل الفم السفلي ويمتد الى الكفين وكثيراً ما تكون الغدة الشعبية والمسارية عند هؤلاء الاشخاص مجلساً للنمو داخل والانتهايات لهذا الاضطراب الغذائي فيه تذيبوز تسمية كل من التهاب النزلي الشعبي والمعوي الذي ينتج عن انتفاخ الغدة الشعبية والمسارية واستحالتها الجينية بالالتهاب الشعبي والمعوي المختازيرين المستعصيين

### في الاعراض والسير

قد ذكر في الطب القديم ان الاستعداد للإصابة بداء المختازير يتضع قبل هجومه باوصاف خاصة في الجسم فتارة تكون الاطفال ذات رأس عظيم الحجم ومحنة غير منتظمة وجسم غليظ وعرق قصير غليظ وطبقة لحمية نامية تحت الجلد ومزاج لينفاوي (وهذا ما يسمى بداء المختازير الضعفي) وتارة أخرى تكون الاطفال ذات شعر أشقر وجلد رقيق مبيض وأوردة برادة وعضلات دقيقة وجسم لطيف ومزاج حاد وبهاهة عقلية جيدة (وهذا ما يسمى بداء المختازير القوي) ولا شك انه يوجد في عدد عظيم من الاطفال المختازيرين بعض اطفال تتصف ولا بد بأحدى هاتين الصفتين الجسميتين لكن الغالب أن تكون الاطفال المختازيرية خالية عن أحدهما ولذا ان تميز داء المختازير الى ضعفي وتنهي قليل الجدوى — وليس من الممكن وصف داء المختازير بشرح جامع بين موجزان الاضطرابات الغذائية المختلفة تتحد مع بعضها في هذا المرض بكميات عديدة وذلك انه في بعض الاحوال يتضح قسم من الظواهر المرضية وفي غيرها يتضح قسم آخر وان بعض المرضى ولومع اصابتهم بشكل من داء المختازير ذي لسير البطي المستعصي تصاب مع ذلك باشكال خفيفة غير خطيرة وبعضهم باشكال خفيفة من هذا الداء وبعضهم يصاب باشكال ثقيلة غير قابلة للشفاء من



الابتداء فلا يوجد من من من الامراض حينئذ. إذ يتضح به فاث. متعددة  
 بالنسبة لمجمله واختلاف ظواهر المرضية. مثل داء الخنزير وقد أشرنا فيها  
 سبق في مباحث عديدة الى الارتباط الختف بين كثير من الامراض وداء  
 الخنزير بل وقد يرب هذا الداء في كثير من الاحوال بعض أجزاء من  
 الجسم يكون موضوعها في الجراحة أو الرمد أو من امراض الاذن والاصابات  
 الموضعية المختلفة وان لم يشك في كونها تنفج اما عن تأثير أسباب مضرّة تكون  
 ذات تأثير مضر بالنسبة لعضودون الآخر أو عن تشاقص في قابلية مقاومة  
 أحدهم. الاغضاء بالنسبة للوثرات المضرّة العامة فمن النادر مع ذلك  
 امكان اثبات كيف انه في حالة يتضح طفق اجزتيماوى خنزيرى وفي أخرى  
 رمد خنزيرى وفي حالة أيضا مرض عظمى خنزيرى كما وانهم من المبهم  
 جدا كون التهابات الغدد الليمفاوية ونحوها الخلقي وضخايتها يتضح  
 جدا في حالة دون الاخرى بل ولم يثبت الى الآن ان كان حصول  
 انتفخ الغدد الليمفاوية عند الأشخاص الخنزيريين من الظواهر الولية  
 أو بان كان النمل والخوى في الغدد والتهابها متعلقة بتهيج واصل اليها من بورة  
 مرضية مجاورة اى ظاهرة ثانوية أم لا وحيث انه من الجائز اثبات المشأ  
 الاخير في معظم الاحوال فليس من البعيد عن العسقر انه في الاحوال التى  
 فيها لا يتم ثبوت ذلك ان حالة التهيج السابقة لحصول في منشئ الاعية  
 الليمفاوية الواصلة للغدة لمريض قد نطفي فانه من القواعد العامة ان اصابة  
 الغدد الليمفاوية يستمر زمانا طويلا زيادة عن الاضطراب الغذائى الناشئة  
 هى عنه

فاما الطفق الاجزتيماوى الذى يكون غالبا بالظواهر المرضية الابتدائية  
 عند الأشخاص الخنزيريين فجاءه عادة الوجه وفروة الرأس ويكون  
 في الغالب من جملة أشكال التهاب الجلدى السطحي الذى يتكور فيه  
 ضخم غزير الخلقة كثيرا اوقا يلا على السطح السائب من الجلد وهو المعبر  
 عنه الآن بلانظ الطفق الاجزتيماوى أو الطفق الاميتيجنوزى وكان يسمى  
 قديما بالسعفة وبالبريجينو

وأما التهابات الخنزيرية في الأغشية المخاطية فانها تحصل على الخصوص

بقرب الفتحات الطبيعية وفيها يشترك في الإصابة بسهولة الجلد السكان  
حول تلك الفتحات سيما ان كان يندى بالافرازات السائلة فتلايته ضعف لزكام  
الحناز يرى باجزئها في الشفة العليا والتهاب التزلي الحناز يرى للفتحة  
السموية اظاهرة باجزئها حول لاذن والرمس الملتحم التزلي باجزئها  
في الوجنة وكذا قد يمتد الطفح الاجزئي ماوى من محيط الفتحات الطبيعية  
الى الاغشية المخاطية فيؤدى حينئذ الى الزكام أو سيلان الاذن أو الرمد  
الملتحم التزلي فالكثير من الاطباء الحنازير بين هيئة واحدة حقيقة وذلك  
بواسطة الزكام المزمن مع اتهاخ واحمرار في لانف وتخن واحمرار في الشفة  
العليا وبواسطة الرمد البثرى المصحوب بفرع عظيم من الضوء مع تدمع  
غزير يلجئ هؤلاء الاطباء الامتناع عن الضوء وغلق الاجفان بقوة بل  
وتغطية الوجه بايديهم — وأما الالتهابات لتزلية الشعبية والمعوية  
والالتهاب التزلية التي تصيب بندرة الاعضاء لبولية والتناحية عند  
الاشخاص الحنازيرين فانها باستعصائها عن الشفاء توجب الظن بانها تغيرات  
مرضية خبيثة مفسدة وكذا الالتهابات لتزلية الشعبية تؤدى حقيقة بامتداد  
التغير المرضي الى الاخلية الرئوية واستحالة البورات الالتهابية الرئوية  
الى الحالة الجينية وتلاشيها فيما بعد الى السل الرئوي وزيادة على ذلك فقد  
تلين الغدد الشعبية المتفحظة المعترية الاستحالة الجينية وتلاشي فينصب  
متحصل الكهوف السائبة عن ذلك في الشعب وأما الإصابة الحنازيرية  
المعوية فقد سبق ذكرها

وأما الالتهابات المفصلية الحنازيرية فانها تسير تارة على شكل الورم الأبيض  
وتارة على شكل التهاب المفصل الخبيث الذي يؤدى اتفح المصل وتسوس  
الاطراف المفصلية وانحدارات صديدية مع تكون نواصير والاصابة  
الحنازيرية في العظام اما أن تبتدأ بالمحاق أو بالعظام فتظهر تارة صفات  
التهاب المحاق وتارة صفات الالتهاب العظمي مع الانتهاء بانسوس  
أو بالنكروز وأما أعضاء الحواس فالعالب أن تصاب لاعين بالتهابات  
مستعصية لا سيما أجزائها الطبيعية كالغدد اليومية ( وتعرف بالرمد  
الغدي الحنازيري ) والملتحمة الجفنية وبقرنية بلي وقد تعقب بر في الحالة



الراعية نذب القرنية وتكثر انما علامات مهمة على الداء الخا زيرى الذى  
تقدم حصوله فى سن الشبوبة واذنان قد يحصل فيه ما زيادة من التهاب  
الاذن السمعية ظاهرة التهابات ثقبلة باطنية فى الاذن مع الاتهاب بتهقب  
فى غشاء الطبيلة أوتسوس فى عظم العذرة وأما الاعراض المبركة  
للإصابة الغدية فتتضح مما ذكر أنفاد الاورام الغدية انما شدة من غزو  
خلائي لا تصطب بالأم ولا بطواهر حية لكنها ان وصلت الى حجم عظيم  
فى العنق فانها لا تشوه المرضى فقط بل تهوق حركة العنق عندهم ايضا  
وكل من التهابات اغدا انفاوية والالتهابات الفلغمونية للاجزاء المحيطة  
بها يمكن أن يصير مؤلما للغاية ويصطب عند امتدادها غالباً بحمى متفاوطة  
الشدة ذات ثورات مسائي وحينئذ لا تضرب الحالة العامة للمرضى فقط بل  
تهلك قواها وتضطرب تغذيتها اضطراباً عظيماً متى استمرت تلك الالتهابات  
والحمى المصاحبة لها كما هو الغالب بحالة أساييسع أو أشهر فان انقضت  
الخراجات المتكونة من ذاتها أو بالصناعة ولم تتكون بورات التهابية  
جديدة زالت الحمى بسرعة وعادت المرضى لقواهم تدريجاً

وسيرداه الخا زيرى بطىء مستعص فان التحسين فيه يكاد يتعاقب على الدوام  
بتهقل دورى فاما أن تتكرر إصابة المريض بضم بضم من الطواهر المرضية  
مع الشدة والتزايد وأنه بعد تحسن مجموع الاعراض السابقة أوزوالها  
بالسكاية يطرأ نوع جديد من الاعراض واكثر ما يتهى به داء الخنازير هو  
الشفاء لاسيما عند هذا القليل الاحوال التى فيها تحصل التهابات  
دائرية فى القرنية ونذب مشوهة فى العنق والوجنتين وغيرها من الآثار  
التي لا تحدث الا بارابا فى الصحة العامة وفى زمن البلوغ تزول غالباً  
الاضطرابات الغذائية الخنازيرية بل والهيئة الخنازيرية ايضا وتدر أن  
تحدث مؤثرات مضره تهيب الجسم فى هذا الزمن أو يما بعد تردياً أو نكسات  
فى هذا الداء الاخذ فى الانقضاء او رجوعه ببطء انطفائه بحملة سنين ويندر  
أن يطرأ الموت عقب تلك الاضطرابات الغذائية المعبر عنها بالخنازيرية بدون  
واسطة والذي يهدد الحياة من تلك الاضطرابات الغذائية هى الالتهابات  
المفصالية والاصابات العظمية وتسوسها كالمحصل العجزى الحرقى

والفخذ في الحرق في ومفصل الركبة والالتهابات الرئوية الجنبية واصابات  
المعدة والعقد المسارية المعبر عنها بالسل المساريقي أو الدرن الدخني  
وبالجملة تذكر أنه قد يحصل في أثناء سير التقيحات الزمنية المختار يرية  
والاصابات العظمية استحالة نشوية في الكبد والطحال والكليتين وأما  
الارتباط بين داء الخنازير والسل الرئوي فقد تقدم الكلام عليه في  
مبحث السل الرئوي

### في المعالجة

أما المعالجة الواقية من داء الخنازير الوراثة فتسكاد تكون على الدوام خارجة  
عن دائرة شغل الطبيب وما يهتمني طببان الأشخاص الخنازيرى البنية  
والدريتين والضعفاء البنية والمتقدمين في السن لا تتزوج راسا وان الأشخاص  
السايمين الأقوياء لا تتزوج من الأقارب القريبة جدا لكن قول الطبيب  
بان الزواج بهذه الكيفية ربما يخلفه أطفال خنازيرى البنية لا يمنع أحدا  
من تقريره للزواج واجرائه — وأما التمسك بوسائل صحية واقية من  
انتشار الداء الخنازيرى العارضى فأمر ممكن الحصول عليه مع الفائدة  
العظمى وهذه الوسائل تستنتج مما ذكرناه في أسباب داء الخنازير العارضى  
ومن المهم التمسك به ان المحدث لداء الخنازير ليس أحد الأسباب المضرة  
فقط بل جميع الأسباب الغير الصحية التي تتعرض لها الأشخاص ولا سيما  
الأطفال في السن الحديث فكثيرا ما يتوقع الحصول منه من ابتداء ظهور أول  
علامة لداء الخنازير أو خفيف من ظهوره عند الأطفال يتمتع من أعطائهم  
نحو الحبز والفطير وتفاح الارض ويعطى لهم زيت كبدا لحوت عقادير عظيمة  
واقية الا أنه يسمع في بقائهم طول النهار في قاعات مظلمة أو اودع المدارس  
المثلمة بعدد عظيم من الاطفال والحال ان الاقامة في الهواء الجيد المطلق  
والحركات العضلية الكافية ضرورية جدا بالنسبة للمعالجة الواقية كترتيب  
التدبير الفذائي والنسبة للاسراخيل لا بد ان نذبه على خطأ مشهور  
ذكرناه عند الكلام على المعالجة الواقية من السل الرئوي وهو الاعتقاد بان  
تعاطي الحبز وتفاح الارض يعين على ظهور داء الخنازير والدرن الرئوي  
فتمنع الاطفال من التغذية بتلك الجواهر مع ان هذا التأثير لا ينتج



إلا عن تعاطي الاغذية الحيوانية بكمية غير كافية فان تعاطي نحو تفاح  
 الارض وغيره من الجواهر القليلة التغذية بالنسبة لجمها لا يكون مضرا  
 الا متى كانت هي اوحيدة أو الرثسة في التغذية وقد ذكرنا فيما تقدم الجواهر  
 الغذائية المعوضة للغذاء الاول عند الاطعماء وهوان الأم وذكرونا له عند  
 تقدمه يعطى دقيق الاطفال للعلم (نسلية) أو اللبن المنضغط المترکز  
 للعلم (يبدت) وعند الاطفال التي تكون مضتزم الرضاعة ومهددة  
 بحصول داء الخنازير او مصابة به ينبغي النسبة لترتيب التدبير الغذائي ونوع  
 المعيشة اعطاء أو امر صحيحة قطعية فانه لا يكفي مثلا الايضاء ان الطفل يأكل  
 قليلا من الخبز وكثيرا من ابيض والامراق واللحم والبيض ولا يشتغل بكثرة  
 ويتريض في الهواء المطلق بل ان اريد النجاح ينبغي الامر بتعيين مقدار  
 الغذاء مع الدقة وعدد الساعات التي تلزم للشغل أو الرياضة  
 وأهم الجواهر الدوائية المصادرة لداء الخنازير واكثرها شهرة زيت كبد  
 الحوت فهناك أحوال عديدة ثبت فيها نجاحه السكلي لكن من جهة أخرى  
 تنبه على انه قد يستعمل استعمالا غير لائق فان من ظن ان وجود ثخن في  
 الانف وتسلخ في الشفة العليا وعدة من الغدد الينءاوية المنتهجة تسكفي في  
 الايضاء باعطاء زيت كبد الحوت لا يتحصل في كثير من الاحوال على فائدة  
 بالنسبة للمرضى بل قد يحدث ضررا لهم والذي يرتكب اليه في تميز الاحوال  
 التي يجوز فيها اعطاء زيت كبد الحوت والتي لا يشتر فيها هذا الجوهر الدوائي  
 هي العلامات التي أشرنا لها فيما تقدم لكل من داء الخنازير الضعفي والتنهبي  
 فان استدل من رقة تركيب نية المرضى ومن فقدوا الطبقة الشحمية تحت  
 الجلد ومن سرعة ضربات القلب ومن ازداد قابلية تنبيه المجموع العصبي  
 على ان حركة التحايل العنصري متزايدة حصل ولا بد من استعمال زيت كبد  
 الحوت بنجاح عظيم فانه في أثناء استعماله يشاهد ازدياد في امتلاء الجسم  
 وتناقص في قابلية تأثيره وفي جميع لطواهر المرضية المرتبطة بذلك ومثل  
 هذه الاحوال هي التي اشتهر فيها زيت كبد الحوت بانه واسطة مضادة لداء  
 الخنازير واما ان وجد بعكس ذلك عند شخص خنار يرى البنية جسم غليظ  
 غصير منتظم وكان كل من الانف والشفة اعياء ليس فقط هو المنتفع بانه مراده

بل كانت كذلك الطيبة الشهيرة أسفل الجلد نائية عظاما وضربات  
القلب بطيئة وكانت قابلية تذيبه المجموع العصبي متناقة جسدًا وبعبارة  
أخرى يكون كل من التبادل العنصري وحركة التحليل الجسمي متناقصا  
لا تزايدًا فحينئذ يكون لا حاجة لاستعمال زيت كبد الحوت في داء الحنازير  
ولا فائدة فيه — ومن المستعمل بكثرة أن يعطى للـرضع مع زيت  
كبد الحوت بعض جواهر دوائية مشتملة على قليل من الجواهر القابضة  
النباتية أو المرة لاسيما ثمر البلوط المحمص (أي قهوة البلوط) أو أوراق  
شجر الجوز على شكل منقوع واعطاء تلك الجواهر في الأحوال التي فيها  
توجد حالة مرضية نزلية منتهية في العاينها ينحسر كل من الهضم وامتصاص  
الكيلوس وتضطرب التغذية وكذلك التي فيها يخشى من تشاقل الحالة المعوية  
المرضية من استعمال زيت كبد الحوت فحسب يكون جازا وكثير الفائدة وحيث  
من الضروري التماس على استعمال كل من زيت كبد الحوت وقهوة البلوط  
ومنقوع ورق شجر الجوز زمانا طويلا فلا بد من اتباع بعض شروط في ذلك  
فالاطفال تزول كراهتها لتعاطي زيت كبد الحوت بعد زمن قليل فلا تباي  
من تعاطي المقدار الكافي منه وهو من ملعقتين صغيرتين إلى ثلاثة كل  
يوم وأما البالغون فاما تباي استعماله فيتعسر بكثرة المداومة على استعمال  
المقدار الكافي منه عندهم وهو من ثلاثة ملاعق صغيرة إلى ستة والأجود  
عدم استعمال زيت كبد الحوت عند فراغ المعدة بل يستعمل بعد الأكل  
بنصف ساعة أو ساعة وينبغي عند استعمال هذا الجوهر الدوائي اجراء فترة  
في الاستعمال زمانا فرمنا فانه ان تمودي على استعماله بدون انقطاع مدة  
اشهر حصلت كراهة عظيمة بل تستمر غالبا حتى عند الاطفال بل غثيان  
وقئ كل مرة بوجوب الجبر على استعماله وهذا العارض غير الجيد الذي يمنع  
من استمرار المعالجة يمكن غايات تجنبه بعمل تقطع وفترات في تعاطيه من  
ثمانية أيام إلى أربعة عشر كل أربعة أسابيع أو ستة من تعاطيه ولا تجل  
تعاطي قهوة البلوط عند الاطفال بسهولة يكفي أن يضاف لثمر البلوط بعض  
حبوب من البن — وعند الاطفال ذوات اللون الانهيمساوي الممتقع  
ينبغي أن يوصى بتعاطي استحضار حديد خفيف بمقدار موافق لسن



الطفل - وأما اليهود فلم يستعمل الا نيكثرة في داء الخازير مثل ما كان  
يوصى به (ليجول) ويظهر ان له ثمرة في الاحوال التي يوجد فيها غزو  
خامو من عظيم في الغدد التي تقاوية لانسيمامتي كانت هذه الاخيرة هي  
الظاهرة الرئيسة في هذا الداء وكذا عند وجود امراض عظيمة ثقيلة  
ويستعمل هذا الجوهر الدوائي على شكل يودور البوتاسيوم أو يودور الحديد  
يجعل الاخير شرايا والارفق استعماله على شكل المياه المعدنية الیودية لاسيما  
ماء كريتسناخ وسالين وغيرهما من المياه الكورورية السودية والحديدية  
راجع رسالتنا في المياه المعدنية ومتى تيسر فتستعمل تلك المياه شربا  
واستحماما في محل ينبتوعها

ومن المهم في معالجة داء الخنازير الحمامات القلوية المحية لانسيمامياه  
نوهيم وكريتسناخ ونحو ذلك فان هذه المياه بتنبيهها وازديادها في التبادل  
العنصري الغدائي تعين على شفاء وتحلل التغيرات المرضية  
فتكون جيدة المنفعة في الاورام الغدائية واصابات الأغشية المخاطية  
والطفحبات الجلدية واجود الطرق العلاجية وأشهرها في تحسين التغذية  
وتقويتها هي الحمامات البحرية ولا بد ان في تلك الحمامات دخلا وتأثيرا للهواء  
الجار وقد استعملت في العصر المستجد الماء الحار بالماء البارد لاجل مضاربة  
داء الخنازير ولا يشك ان في استعمال الحمام الاحتراس لانسيمام على شكل  
التغاييف بالملاات المبيلة تبع الطريقة شروت منفعة عظمى فانها تحدث  
ارتقاء وسرعة في التبادل العنصري الغذائي الباطني وقد ذكر بر كهر شفلد  
انه شاهد تأثيرا جيدا من استعمال التشلل البارد الموضعي على الاورام  
الغدية الخنازيرية فانه شاهد زوال وشفاء أورام من هذا القبيل كانت  
قد استعصت على جميع أنواع المشهات والمسراهم المحللة بالاستعمال  
المستمر لتشلل البارد الموضعي والمكمدات الباردة

وعند الاشخاص الخنازيريين غير الضعفاء الينية وغير الانيمياوين يوصى في  
الحصل المعتدل من السنة باستعمال معالجة مسرلة لطيفة بواسطة شرب المياه  
الكورورية السودية وذهب برون الى ان المعالجة اللطيفة المستمرة بماء  
كرلسباد عند وجود ارتشاحات خنازيرية جيدة جدا وتتحقق تكرار الايحاء

باستعمالها زيادة عما هو جار الى وقتنا هذا ولا يجوز للمعلم برون نسبة جودة  
تأثير تلك المياه لاحتوائها على اليود ومركباته فانه قليل فيها للغاية بل  
لاحتوائها على مقدار عظيم من كلورور الصوديوم وفيما اذا لم يتيسر للمريض  
التوجه الى احد الاماكن الموجود بها تلك المياه ينبغي الاجتهاد في الحصول  
على مساكن جيدة الهواء في الخلاء وأما ما يخص معالجة الاصابات الموضعية  
الخفيفة أو الثقيلة فالراجح كل في مجته كما تراجع كتب الجراحة والرمذ

### ❦ البحث السابع ❦

\* (في الدياييطس السكرى) \*

❦ ويعرف بالمليتور يا أي البول العسلي ❦

\* (كيفية الظهور والاسباب) \*

الدياييطس السكرى عبارة عن اضطراب غذائي عموماً متصف بظهور كمية  
متفاوتة من السكر في الافرازات المختلفة من الجسم لاسيما البول فكيفية  
ظهور الدياييطس السكرى مرتبطة بحدوث اضطرابا كلياً - مثلاً الوظيفة  
الفسيولوجية للسكر في الجسم الانساني عموماً وبسكوته فيه خصوصاً ولنعترف  
مع التأسف انه مع التجارب العديدة التي فعلت بهذا الخصوص لم تزل هذه  
المسئلة الى وقتنا هذا في تعريب عظيم وجميع الاراء على هذا الخصوص لم تزل  
عرضة لناقضات عظيمة فان بعض المؤلفين المشهورين ككلود برنارد وليمان  
وأسميدوفر ويكس وكنناني وسناطور وغيرهم يعتبر أن السكر متحصل  
طبيعي ضروري للحياة ناتج عن التبادل العنصري والبعض الآخر منهم  
مثل بافري ورتز وشيف وسيجن وغيرهم يعتبره جوهر اغريبيا وايس  
ناتجاً عن الاعمال الفسيولوجية في الجسم فظهور هذا الجوهر في الجسم  
لا يحدث هذا المرض بازدياد في كميته كما ذهب اليه المؤلفون الاول بل بمجرد  
ظهوره نيسه على انفراده ولا حاجة الى التعرض هنا الى الفحص الدقيق عن  
جميع النظريات التي قيلت بالنسبة لتكون الجليكوز والد دياييطس السكرى  
واتباعها في جميع دقائقها بل الواجب علينا هنا الاقتصار على بيان  
التوجيهات والنظريات المهمة التي لها فائدة علمية حتى تتضح الحالة التي  
عليها هذه المسئلة الآن



ثم ان المؤسس الحقيقي لمذهب تكون السكر في الجسم هو ولا بد كلود برنارد  
 فتبع النظر ياته التي تنوعت تنوعات مختلفة على هذا الازمان يعتبر السكر  
 عنصرا احتراق ضروريا للجسم ويتكون في باطنه على الدوام بكمية طبيعية  
 والعضو المولد له هو الكبد تبعا للرأى هذا الموافق وذلك ان هذا العضو يولد  
 ابتداء ما يسمى بالجليكوجين أى انشاء الكبدى الذى هو الدرجة الكيميائية  
 الابتدائية لتكوين السكر وان هذا الجليكوجين يستحيل بتأثير خيرة  
 نوعية دياستازية الى سكر والجليكوجين ينشأ تبعا لبرنارد عن العناصر  
 الغذائية الداخلة في الجسم وذهب الى أنه يتولد من الكربونات الايدراتية  
 الداخلة في الجسم كما يتولد أيضا عن الجواهر الزلاية وقد حصلت اعتراضات  
 عديدة بالنسبة لمسئلة تكون الجليكوجين فتبعالتقاويم المعلم ميرنج طبعا  
 لمشاهداته وشاهدات غيره تعتبر مولدات للجليكوجين الجواهر الاتية وهى  
 سكر العنب وسكر القصب وسكر الاثمار والمادة السكرية النباتية المعروفة  
 بالانولين وبالخرازين وبالجليتسيرين وبالاربوتين والغرويات والمواد  
 الزلاية (وهى زلال البيض والمادة اللبنة والمادة البنية) بخلاف  
 تعاطى الانيووزيت والمانيت والكويرسيت والايرتيريت والشحم  
 فانه لم يوجد بعد تماطير اكمية واضحة من الجليكوجين في كبد الحيوانات التي  
 تركت في حالة الجوع بل زال. منه هذا الجوهر شيئا فشيئا ولا شك أن التغذية  
 بالمواد المحتوية على النشا هي أعظم المثرات المرادة للجليكوجين فقد وجد  
 نونين في تجاربه بالتطعيم انه عند التغذية بالمواد انشوية يوجد دم الوريد  
 الباب محتويا على كثير من الدكسرين وزعم أن منه يتكون جزؤ من جليكوجين  
 الكبد وأما المعلم شيرينوف الذى ينسب تكون جميع جليكوجين  
 الكبد للسكر الموجود في المواد الغذائية وينكر خلافا لما تقدم تكون  
 السكر من الجليكوجين فقد سمى الجليكوجين بالجليكوفتينز وأما تكون  
 الجليكوجين من المواد الزلاية فهو وان استبان من تجارب ومشاهدات  
 أكلينسكية عديدة لم يزل مشكوكا فيه الى الان وكذا الكينية التي بها يتكون  
 الجليكوجين من الجواهر الغذائية التي صارت عالميا لم تزل عرضة للمجادلات  
 فاعترض على الرأى الذى كان سابقا منتشرا ومقبولا بان هذا الجوهر ينشأ

عن استعالة لا واسطة في الجواهر الغذائية التي صارت تعاطيها باختلاف  
الجواهر الغذائية ولو كانت في التركيب الكيمائي قريبة من بعضها  
وكذا النظريات القائلة بان الجليكوجين ينشأ عن المادة الزلالية للدم  
الساخنة في الدورة وان مولدات الجليكوجين لا تؤثر الا بكونها سهلة  
احتراقها يهترى بها التأكسد وبذلك تحفظ الجليكوجين المتولد وهذه  
النظريات و (تسمى نظريات الحفظ والوفر) قابلة للاعتراض أيضا لاسيما  
وان المواد الشحمية السهلة التأكسد جدا ليس لها أدنى تأثير في تكون  
الجليكوجين — ثم انه بعد تحميل الدم الواصل الى الكبد بالسكر  
بواسطة تأثير الخميرة الكبدية الدايستازية يسيل هذا الدم ويهرع تبعاً  
لبرنارد بدون ان يعتريه أدنى تغيير في مخصله السكرى نحو القلب الا من  
ثم الدورة الصغرى ثم الشرايين وانما يعترض السكر احتراق في الاوعية الشعرية  
كما ثبت ذلك بقلة السكر جدا في الدم الوريدي وهذا الاختلاف  
باختلاف المحال وانما يشتد جدا في الجذوع الابتدائية للوريد الباب بحيث  
ان الدم الآتي به للكبد يكاد يكون خاليا عن السكر بالكلية وهذا الامر يثبت  
تبعاً لبرنارد في الحيوانات عند التغذية باللحم المحض التي بها يفقد ولا بد  
الامتصاص الا بواسطة السكر من الجذوع الوريدية للوريد الباب وهناك  
تحاليل عديدة للدم مؤيدة لمذهب برنارد ولو اعترض في قوة اثباتها بعضهم  
الا انه تأيدت وصارت مقبولة عند كثير من المؤلفين فكمية السكر الموجودة  
في الدم في الاحوال الصحية قليلة جدا بحيث لا تنفذ وتخرج مع الافرازات  
لاسيما البول تزداد اذ ياداعظيما في الاحوال المرضية بحيث تنفذ وتخرج  
معها فينشأ عن ذلك حينئذ الدايبيطس السكرى وأسباب ازيد ياد السكر هذا  
تبعاً للنظريات برنارد توجد ولا بد في ازيد وظيفية العضو المكون للسكر  
وهو الكبد ويمكن احداث ذلك بواسطة مناعية لاسيما بالتأثير اللا واسطى  
على المجموع العصبي فقد برهن ابتداء برنارد على ان وخرأوجح صفر  
محمد وفي قاع الجيب الرابع يقرب منشأ العصب المتحير بصير الحيوانات  
ديابيطسية (أي ذات بول سكرى) وقتياً (وهذا ما يسمى بالوخر البولوى  
السكرى) بخلاف الوخر في صفر أعلى من ذلك فانه لا يحدث كثرة الافرازا



موليا غزير ابدون سكر فيه وكذا المعلم ايكارد برهن على احداث البول  
 السكرى الصناعى بواسطة قطع العقدة العصبية العنقية السفلى من الزوج  
 الاول الصدزى والاخير العنقى و بواسطة جرح الفص الخلقى من المخيخ  
 عند بعض الحيوانات اذ بذلك يحصل افراز بولى غزير ( وسمى ذلك بالفص  
 الادريعى او الدياتيصى ) كما وان المعلم شفى قد برهن على احداث  
 الدياتيصى بواسطة افساد النخاع الشوكى امام وخلف منشأ الاعصاب  
 العضدية والمعلم باقى بواسطة جرح الضفيرة الفقرية للعظيم السمباتوى  
 ونحو ذلك وزيادة عن ذلك فان الدياتيصى الصناعى ينشأ عن الامور الاتية  
 وهى الحقن بالسكر ازين ومحلول ملح الطعام وكل من كر بونات الصودا  
 أو خلاصا وشرابها والاميلتريت والمسرفين ونحو ذلك ومما ينبغي التنبيه  
 عليه ان قطع العصب الحشوى السمباتوى يفقد تأثير كل من الوخز والحقن  
 الدياتيصى وان الحقن تحت الجلد بالجليسيرين يحدث هذه النتيجة  
 كما قاله لوكسجير وشك فيه اكهارد وذهب برنارد الى ان تأثير  
 هذه الامور المحدث للدياتيصى السكرى انما ينتج عن احتقان فى السكبد  
 يشير وظائف هذا العضو فان كلامنا من جرح المراكز العصبية والحقن  
 بالسوائل المذكورة يحدث ولا بد تهيجا فى المجموع العصبى الوعائى وعلى  
 هذا الاخير يبنى احتقان السكبد ( وانضم اكهارد الى هذا الرأى أيضا )  
 فان تعادل هذا التهيج وانطفى زال أيضا ازدياد تكون السكرية  
 وان لم يتعادل التهيج وتبقى مستمر أيضا الدياتيصى السكرى فالدياتيصى  
 حيث قد مرض فى المجموع العصبى الوعائى وليس فى السكبد ولذا أنه  
 لهذا السبب يكاد يوجد دائما غير متغير فى الصفات التشريحية وانما يكون  
 محتقنا فقط بخلاف الدماغ فانه يكون غالبا مجلسا لتغيرات مرضية  
 ( كالاورام )

وقد صا ذكر بعض اعتراضات على هذه النظريات المبينة مع التفصيل  
 فالعلم باقى هو الذى اجتهد ابتداء فى اثبات كون السكبد فى الحالة الطبيعية  
 لا يحتوى على سكر بل على جليسيرين ( وهذا الامر واقع فيه الجدل  
 الى الآن ) فاستنبط من ذلك ان تكوين السكر لا يكون حينئذ من الوظائف

الفسيلوجية للكبد بل ان هذا الجلييكوجين المحتوى عليه الكبد والمتراكم  
 فيسهل يستحيل في الحالة الطبيعية الى شحم وانما اذا وصل الى الدم فان السكر  
 يتكون ووصول الجلييكوجين الى الدم يحصل اما بعد الموت فهو ينتهز  
 ظاهرة رمية أو بعد المجهودات وعدم الراحة عند الحيوانات المفعول  
 عليها تجارب فسيلوجية ولربما أن هذا يحصل بواسطة الانضغاط الميكانيكي  
 للجلييكوجين في الخلايا الكبدية ومن هنا نشأت كمية من السكر المتحصل عليها  
 برنارد من الدم أسهل الكبد فالديا بيطس على رأى يالى ينشأ عن فقد الكبد  
 بتأثير المجموع العصبي السمبأتوي قابلية حالته للجلييكوجين الى شحم  
 وانتفاع الجسم به فالجلييكوجين المتوفر بكمية عظيمة يصل أخيرا الى الدم  
 ويستحيل الى سكر وقد انضم المعلم سيجرز لهذا الرأى ثم ان اعتراضات يالى  
 هذه ولو أن لها دلائل تحقيقية بالنسبة لتحليل الدم الاولى التي فعلها  
 برنارد إلا أنه مع ذلك يظهر تبعاً للتجارب المستجدة ان تولد الجلييكوجين تولدا  
 فسيلوجيا في الكبد لا يشك فيه فان تحليل دم الانسان المأخوذ بالفصد  
 السابق ذكره لا يجوز قولا آخر خلافاً لما ذكر وكذا كل من المعلم كون  
 وهو فن وايبولد وغيرهم قد تحقق له السكر في دم الاشخاص غير المصابين  
 بالديا بيطس لكنه في الحقيقة مع ذلك لم يثبت أن تكون السكر وظيفة قاصرة  
 فقط على الكبد بانه اراده فان هناك تجارب عديدة بقطع النظر عن تحليل  
 الدم تؤيد ذلك ولو كانت هذه التجارب ليست خالية من الاعتراضات بالكلية  
 ولذا كان من القريب للعقل ان تسكن السكر في الجسم في الحالة الطبيعية له  
 ينبوع آخر خلافاً للكبد وحيث ان برنارد قد اوضح ان الدم الوريدي الخارج  
 من العضلات يكون اقل من المحتوى عليه الدم الشرياني فالجلييكوجين  
 المثبت وجوده فيها لا يعتبر ينبوعاً لكن من الجائز ان السكر المتكون  
 في القناة الهضمية من المواد التشوية بتأثير العصارات المنفرزة من غدد  
 الهضم يدخل في الاوعية الكيلوسية والوريد الياب معاً ويصل الى الدم  
 بدون واسطة

وعلى هذا القول ارتكن كثنائي في نظرياته فان هذا المؤلف يعتبر جريان  
 السكر في الدم شرطاً ضرورياً للحياة ويرى انه ينبوع مهم لقوى الجسم وهو يميز



نوعين من السكر أحدهما الجارى فى الدورة والثانى المتخزن وهذا الأخير  
يتكون بلا واسطة من العناصر الغذائية على شكل جليكوجين ويتراكم فى  
الكبد والعضلات فى الحالة الطبيعية يجرى السكر فى الدورة على شكل  
السكر العنبى (المسمى بالجلايكوز) ويستحيل اليه فى القناة الهضمية بتأثير  
خيرة وهذا الشكل من السكر لسهولة قابلية احتراقه هو الذى يعوض ما يفقد  
من الجسم فان فقدت الخميرة (الغير المعلومة الى الآن) التى  
تعطى للسكر هذا الشكل فالجسم حينئذ لا يمكنه الا ارتفاع به وحينئذ يتراكم  
فى الدم الذى يسهل اثبات وجوده فيه ويتميز عن سكر الدم الاعتيادى  
بعدم تأثيره الضوئى (ويسمى بالباراجليكوز) وحينئذ فيه رمع البول  
وعلى هذا فالاعضاء المصابة ابتداء بالديابيطس هى الاعضاء المولدة للخميرة  
المكونة للسكر لاسيما البنكرياس الذى كثير اما به جدد عند فعل الصفات  
التشريحية فى الأشخاص الهالكين بهذا المرض ضاعرا غالبا ثم الكبد  
فيما بعد فى الابتداء يفقد سكر التغذية خاصة استحالته الى الشكل  
السهل الاحتراق من الجلييكوز ويصير بلا فائدة بالنسبة للجسم بخلاف  
جليكوجين الكبد فانه لم يزل الى هذا الزمن يستحيل الى السكر الطبيعى  
ويحترق وفى الادوار الاخيرة من هذا المرض يستحيل أيضا الجلييكوجين  
أى السكر المخزن الى الباراجليكوز (أى الجلايكوز الغير النافع)  
وطبقا لذلك يمكن ولا بد فى الدور الاول ايقاف تراكم السكر فى الدم وافراره  
مع البول بمنع تعاطى الجواهر الغذائية المولدة للسكر وهى الجواهر النشوية  
(وهذا ما يسمى بالديابيطس النشوى أو ديابيطس كالين المواد النشوية)  
ومن الجائز أن صيانة البنكرياس المريض صيانة مستمرة يمكن أن تؤدى  
لشفائه شفاء تاما ويشفى الديابيطس تبعا لذلك وأما فى الدور الثانى فانه يمنع  
تعاطى الجواهر النشوية يمكن تنقيص افراز السكر لكن لا يمكن ازالته بالكلية  
بسبب استمرار الاستحالة المرضية للسكر الحيوانى وهو الجلييكوجين (وهذا  
ما يسمى بديابيطس كالين اللحوم) وكذا نظريات كتمانى ولو كانت مبنية  
مع التعقل وموضحة لكيفية حصول الديابيطس فانها لا تقاوم جميع  
الاعتراضات التى توجه نحوها ولا سيما بالنسبة لفقد سكر الدم عند المصابين

بالديابيطس القائل به هذا المؤلف فانهما من جهة غير قريبة للعقل من حيثية النظر يات وذلك لان السكر المار من الدم الى البول لا يكون ما يتهى بالباراجايكوز كما اعترف به كنتاني بل لسكر العنب الاعتيادي العاكس للضوء نحو اليمين ومن جهة أخرى فان هذه الصفة قد صار رفضها من كل من المعلم كوكرومريخ بواسطة مشاهدتهم ما وزيادة على ذلك فان نظريات كنتاني لا يمكن بها توجيه البول السكري الوقتي الذي ينتج عن الوخز السكري ونحو ذلك وقد التجأ ذلك الى القول بانه يوجد تفاوت عظيم بين هذا وبين الديابيطس الحقيقي وحيث يتعسر القول بهذا الرأي والانضمام له فلم يبق عندنا غير التصور بان الديابيطس يحصل بكيفيات مختلفة وبعبارة أخرى انه يوجد عدة امراض يوافق بعضها بعضا في نتيجة واحدة وهي عدم الانتفاع بجوهر الاحتراق المهم (اي السكر) وافرازه مع البول ووافق الافرازات ولو كانت ناشئة عن تغيرات مرضية مختلفة وهذا الرأي الاخير وجد له ايضا جلة معضدين فذهب المعلم سنا تونر الى انه يوجد ديابيطس سكري ذوم شأ عصبي ومعدى موى وكبدى فالشكل العصبي يطابق في منشئه ما ثبت بالتجارب عقب جرح او وخز المجموع العصبي والشكل المعدى المعوى ينتج عن ازدياد كمية السكر في دم الوريد الباب والكيلوس ولربما ان ذلك ينشأ في المعاء فقط فتخمر حمض اللبنيك الموجود في السكر ( كما قاله برنارد ) او عن سرعة الامتصاص فيطابق حينئذ ديابيطس كالين النشويات بخلاف الديابيطس ذي الينبوع الكبدي فانه ينشأ عن كون جايكوجين الكبدي يمر في الدم بسرعة بسبب احتفائه وهناك يستحيل الى سكر وانه لا يتخزن في الكبد بسبب سرعة الدورة فيه بل انه يمر منه على شكل سكر غير متغير وحينئذ يكون ذلك عبارة عن تماقص في تكون الجايكوجين الذي ينسبه - تانوز للاغذية السكر بوناتية الايدراتية وليس للزلال فشكل الديابيطس ذي الينبوع الكبدي يطابق في اعراضه ديابيطس كالين اللحوم على حسب رأي كنتاني وتميز الديابيطس المعدى المعوى عن الكبدي لم يتيسر الى الآن كما ذكره سنا تونر وتبع النظر يات هذا الاخير كما ذكره في نظريات كنتاني أيضا فجدد انه يميز للديابيطس درجتان على حسب



كون منع تعاطي الجواهر النشوية في الاغذية هل يزيل بالسكية افراز السكر  
او يكاد يزيله ام لا وقد نبه ايضا على هذين الشكايين كل من روزنشتين وسيجستن  
بل ان هذا الاخير لا يعتبرهما دورين من مرض واحد بل شكايين من مرضين  
مختلفين وذهب في توجيههما الى وجود نوعين مختلفين من الجليكوجين  
اختلفا كيمائيا واحدهما ينشأ عن السكر الداخل مع الاغذية والاخر عن  
المواد الزلالية وقررت النظر بانيات يافى انه في الدرجات الخفيفة من النوع  
الاول يستحيل الجليكوجين الى سكر بدلا عن استحالته الى شحم وامافي  
الاشكال الثقيلة فان الجليكوجين الناشئ عن المواد الزلالية تعتبره هذه  
الاستحالة ايضا ومع ذلك فسيرنج قد اثبت التشابه الكيمائى بين كل من  
الجليكوجين الناشئ عن السكر بونات الابد راتية والمواد الزلالية في تجارب  
تطعيمه وبالجملة فان المعلم ترويه قد وجه هذين الشكايين كيميائية مشابهة  
لما قاله كنتافى

واما باني النظر بانيات التي قبل بها في الدياتيطةس كامتناع احتراق السكر الناتج  
عن تناقص الحالة القلوية للدم ( كما قاله يال ) و كمتناقص دخول  
الاوكسيجين في الدم عند المصابين بالدياتيطةس وامتناع احتراق السكر  
المتكون طبيعيا تبع لذلك ( كما قاله ستنسكوف ورويت ) وكازديا تحلل  
المواد الزلالية في جسم المصابين بالدياتيطةس بحيث ان المادة الزلالية  
العضوية لا ينتفع بها في تكون الكرات الدموية بل انها تتحلل وتستحيل في  
الاعضاء نفسها الى بواينا وسكر بسبب تناقص الاوكسيجين ( كما قاله  
هوبرت ) وكعدم تحلل السكر الى جاتسرين والى جلتيرين الذي كما هو الواقع  
في الحالة الطبيعية بسبب تناقص خيرة نوعية غير معلومة ( كما قاله شولزن )  
فلا حاجة هنا الا لذكرها فقط فان البعض منها قد ارفضه بالسكية  
والبعض الاخر ليس مؤسسا على تجارب ومشاهدات اكلينسكية بل على  
نظريات لا اساس لها

فن جميع ما ذكرناه ان كيفية حصول الدياتيطةس مهمة وغير واضحة  
ولومع كثرة الاشتغال بهذا المبحث ولقد اجاد المعلم كلود برنارد في تشكيه في  
آخر درسه على الدياتيطةس حيث قال ان جميع المؤلفين الذين يريدون تنقيح

هذه المسئلة ويستخرجون نتیجتها بقعون على الدوام في اقاويل واستنتاجات متضادة ناجية عن نظريات مختلفة اكن من الامور القليلة المتفق عليها بوجود امر مهم بالنسبة للطب العملي وهو تمیيز الدياتيبيطس الى درجتين اوشكاين كما قاله سيجين (ای دیا بیطس اکالین التشویبات و دیا بیطس اکالین اللحوم) واما باقي الاستنتاجات التجريبية فلم تفد شيأ إلا بالنسبة لكيفية حصول هذا المرض ولا بالنسبة لمعالجته

ثم ان الدياتيبيطس يحصل في جميع اطوار الحياة ومع ذلك فيتدرا صابته للاطفال والشيخوخة في مائة واربعة احوال شاهدها الطبيب شميتس لم يكن فيها الا طفل واحد سنة اقل من عشر سنين وستة عشر اكثر من الستين سنة ومن جملة المائة والاربعين حالة التي شاهدها سيجين لم يوجد فيها ولا طفل واحد عمره اقل من العشرة وخمسة عشر شخصا منهم جاوز الستين ومن جملة المائتين وثمانية عشر حالة التي شاهدها كنتاني لم يوجد فيها الا طفل واحد اقل من العشرة وتسعة عشر اكثر من الستين والذكور اكثر اصابة بهذا المرض من الاناث فقد اعتبر سيجين في عدد الاصابة مائة من الذكور على اربعين من الاناث وشميتس سبعة وسبعين من الذكور على سبع وعشرين من الاناث وكنتاني مائة وواحد وتسعين من الذكور على سبع وعشرين من الاناث ويعتبر من أهم الاسباب المهيئة لهذا المرض الوراثة فقد أمكن اثباتها سيجين في أربعة عشر حالة على المائة وذلك بالنسبة للدياتيبيطس نفسه أو بالنسبة لبعض الامراض العقلية التي لها ارتباط قريب به لاسيما الصرع وكذا الاضطرابات العصبية المختلفة لها أهمية عظيمة في حصول الدياتيبيطس وهي اما أن تظهر أعلى شكل اصابات دماغية واضحة (كأورام الدماغ) وتنسبها في الغالب المرضى لسقوطهم على القدم جدوى أو انها تكون عبارة عن انفعالات نفسية ثقيلة كالحزن والرعب والاشتغالات العقلية الشاقة وقد نبه شميتس على انه عند وجود الاستعداد الوراثي للدياتيبيطس يلزم ولا بد حصول تأثير عصبي حتى يتضح هذا المرض وقد نوّه كنتاني على انه يعتبر من أسباب هذا المرض الافراط من تعاطي الاغذية التشوية والسكرية فقد تبين له اثبات ذلك في ثمان وتسعين حالة من المائتين وثمانية عشر التي شاهدها وكذا



تعاطى بعض المشروبات كالنبيذ الحديث وعضارة بعض الثمار وتأثير البرد  
والبلل والهوكمة من الامراض الثقيلة والافراط من الشهوات تعد من هذا  
القبيل ويكثر اصابة الاشخاص ذوات السمن العظيم وفي كثير من احوال  
هذا المرض لا يستدل على سببه

(الاعراض والسير)

العرض الرئيس الواضح لهذا المرض هو استفراغ كمية عظيمة من بول باهت  
ذو وزن نوعي ثقيل ليس مطابقا لونه الباهت وذو طعم حلو غالبا وبهذه  
الوصاف يتضح تشخيص هذا الداء بدون شك ولا يندر أن يستفرغ من  
المصابين بهذا الداء في ظرف ٤ ٢ ساعة مقدار من ٥ لترات الى ١٠ بل وفي  
بعض الاحوال قد تبلغ كمية البول أكثر من ذلك في هذه المدة وما قيل من  
أنه يستفرغ في بعض الاحوال أكثر من ذلك بقدر ست مرات الى ثمانية  
يعدم المبالغات وقد زعم كثير من الاطباء ان مقدار البول المستفرغ في  
بعض الاحوال يفوق بكثرة كمية السائل المتعاطى من القم بالمشروبات أو مع  
المطعومات وهذا الامر يلجأنا للقول عند عدم تناقص وزن الجسم بان  
المرضى عوضا عن كونهم يتركون للهواء سوائا بواسطة التنفس ير الجلدي  
والرئوي يأخذون منه وهذا محض خطأ وحيث ان درجة حرارة الجسم أعلى  
من حرارة الاوساط المحيطة به كان هذا مخالفا للنواميس الفسيولوجية ولذا  
يغلب على الظن ان ما قيل في المشاهدات التي شوهد فيها ان المصابين بهذا  
الداء يفقدون بواسطة البول والبراز كمية تفوق ما يتعاطونه مع المطعومات  
والمشروبات بدون أن يفقدوا شيئا وافقا للزيادة من وزن جسمهم مبني على  
خطأ فان كل طبيب مستغل بالمشاهدات المرضية والطبية لهذا المرض يعلم  
يقينا ميل المرضى المصابين بهذا المرض الى غش الطبيب لسكونهم يخشون  
عنه حقيقة الامر ولا يظهرون له جليلة أمرهم بالصدق في جميع مقدار  
ما تعاطوه من السوائل

وازداد افراز البول عند المصابين بهذا المرض غير واضح بالكلية أيضا  
فان تعاطى كمية عظيمة من السوائل كما يحصل لمثل هؤلاء المرضى لا يكفي في  
توجيه هذا الافراز وذلك انه لو تعاطى انسان سليم كمية عظيمة من السوائل

والطعومات على وجه التجربة بمقدار ما يتعاطاه المريض لوجدان كمية البول المنفردة ليست واحدة بل قايلة بالنسبة للسليم كثيرة في المريض ولو كان مقدار السائل والممتعطي واحداً واظهار ان احتواء مصل الدم على كمية عظيمة من السكر تزيد في سرعة ارتشاحه في اللقائف الوعائية لمحاظ ملبجي وان هذا هو السبب في زيادة افراز البول عند المصابين بداء البول السكري وهذا التوجيه عقلي ويكتفى بان السكر الواصل على هيئته في تيار الدورة يشابه بعض الاملاح التي بدخولها في الدم تنفر من الكليتين وتزيد في افراز البول بل انه أقوى تأثيراً في ادراج البول

وأما ازدياد الثقل النوعي للبول عند المصابين بالداء المذكور الذي يصل في الاحوال الخفيفة من ١.٠٢٠ - ١.٠٣٠ الى ١.٠٣٠ - ١.٠٤٠ وفي الاحوال الثقيلة من ١.٠٣٠ - ١.٠٥٠ الى ١.٠٥٠ - ١.٠٦٠ أو يزيد من ذلك فينتج بلا شك من احتواء البول على السكر لا من احتوائه على عناصر صلبة أخرى ثم ان ازدياد كمية البول ازدياداً عظيماً مع ازدياد ثقله النوعي أيضاً وطعمه السكري وان دل ذلك على احتواء البول المنفرد على سكر يوجد أيضاً جلة تجارب كيميائية يستدل بها ولا بد على التأكد من ذلك

وأجود هذه الطرق وأسهلها لاجل معرفة السكر في البول تجربة ترومير وهي ان يضاف الى جزء من البول المجو ش عنه كمية كافية من محلول البوتاسا ثم يضاف لذلك محلول خفيف من كبريتات النحاس ويستمر كذلك حتى يذوب الراسب الذي تكون ابتداءً بالرج ثم ترشح السائل ويسخن فان كان يحتوي على سكر ظهر له لون مزرق والافلا وان رسب مادة تسخين السائل وقبل وصوله الى درجة الغليان او كسيد النحاس الاحمر كان ذلك دليلاً كيداً على وجود السكر وان كان موجوداً مع ذلك مواد زلالية فينبغي ترسيبها وفصلها بغلي البول ثم ترشيحه قبل اجراء تجربة ترومير فيه وهناك تجربة أخرى بسيطة وهي ان يسخن البول بعد اضافة محلول البوتاسا اليه فان فيه سكر شوهد تلون مصفر يسم شيئاً فشيئاً الى ان يصير اسمر مشوداً فان لم يحصل هذا التلون كان ذلك دليلاً قطعياً على عدم وجود السكر فيه وان حصل فالأوفق اجراء تجربة ترومير السابقة لاجل التأكد من وجوده واما تجربة السكر بالتخمير



وعسيرها من التجارب الكيماوية فلتراجع في كتب الكيمياء العضوية وهناك  
سائل يسمى بسائل فيلنج وهو اقوى واسطة في معرفة مقدار السكر المشتمل  
عليه البول وبه يعرف مقدار كمية السكر المنفرز كل يوم وذلك متى امكن  
معرفة مقدار البول المنفرز في ظرف ٢٤ ساعة وكذا الجهاز العاكس  
للضوء للعلم ونسكى يؤدي الى معرفة ذلك بطر يقنة اسهل مما تقدم والجهاز  
العاكس للعلم روبيك دون ذلك ويمكن استعماله لاجل حصول هذه الغاية  
اعنى معرفة مقدار السكر في البول ولو كان اقل من ذلك في الدقة وفي احوال  
هذا المرض الخفيفة قد لا يحتوى البول على جزءا واثنين في المائة من السكر  
وفي الاحوال الثقيلة منه كثيرا ما يوجد في المائة ستة اجزاء او عشرة وازيد  
ومقدار السكر المنفرز كل يوم يمكن ان يزيد على ٥٠٠ غرام في احوال هذا  
المرض الشديدة وكمية السكر تظهر اختلافات واضحة بالزيادة والنقص مدة  
سير هذا المرض ومن يوم الى آخر ومعظم اسباب هذه الاختلافات غير معلوم  
لنا البتة الا ان هناك بعض اسباب ينشأ عنها زيادة في كمية السكر تارة  
وبعضها تارة ينشأ عنها نقصانها فمن الاسباب الاولى التي ينشأ عنها ازدياد  
كمية السكر تعاطي كمية عظيمة من المشروبات والافراط من الاكل وعلى  
الخصوص تعاطي كمية عظيمة من السكر والنشويات ومن الثانية اجتناب  
ذلك كمعاطي قليل مما ذكر الخ وتأثير المطعومات في ازدياد السكر يستمر  
بعض ساعات ثم يزول فيتناقص مقدار السكر وقتيا

ثم ان فقد كمية عظيمة من الماء الذي يكابده الجسم في هذا الداء بسبب  
افراط الادرا يوجه به بسهولة العطش الشديد الذي يعترى المريض ليلا  
ونهارا ولا يعول على غير ذلك من النظريات في توضيح هذه الظاهرة فان  
ازدياد الافراز البولى هو السبب في ازدياد العطش بلا شك كما ان فقد  
السوائل غير المحسوس عند المصابين بالحميات او بالقيء والاسهال عند  
المصابين بالهيمضة يوجه به شدة العطش عندهم بسبب كثافة الدم الناتجة  
عن فقد جزئه السائل ولا يتدران بشرب المريض المصابون بالبول السكرى  
عشرين ليتر او خمسة عشر في ظرف ٢٤ ساعة ويشتد العطش خصوصا بعد  
الاكل اعنى في الزمن الذي يزداد فيه تكون السكر والافراز البولى

وكذا ايضا بوجه يفقد الماء العظيم الحاصل بالكليتين تناقص افراز العرق  
الذي يكاد يشاهد عند جميع المرضى المصابين بالبول السكري ويحدث عندهم  
قحولة وجفافا عظيمين في الجلد فانه كما يتناقص الافراز الجلدي عند ازدياد  
افراز الكليتين كذلك يتناقص هذا الاخير عند ازدياد الافراز العرق  
والعرق الذي يشاهد في المصابين بالداء يبيض بشتمل على سكر  
وهناك عرض آخر يكاد يلزم العطش المحرق وهو الجوع الذي كثيرا ما يكون  
قويا جدا فان المصابين بالبول السكري كثيرا ما يتعاطون كمية عظيمة جدا  
من المطعومات كل يوم بدون التفات الى طبيعتها

ويعسر علينا توجيه هذه الظاهرة على وجه كاف ومع ذلك فالظاهر ان زوال  
الاحساس بالشبع وكذا النجاسة الزائدة على الدوام الواصلة احيانا الى نهوكة  
عظيمة ينتجان عن كون الجسم لا يتغذى من الاغذية الواصلة اليه بل عوضا  
عن كونها تحل محل الجواهر المنتفع بها تستخدم استجابة من ضية أي الى سكر  
وتنذف الى الخارج وكذا ضعف الوظائف التناسلية التي تشاهد مدة سبب  
هذا المرض ينتج أيضا عن نفس السبب الذي نثبت عنه النجاسة وفقد القوى  
وبالجملة توجد جملة ظواهر مرضية أخرى أقل ملازمة لهذا المرض الا انها  
كثيرا ما تشاهد فيه وبها يتم وصف البول السكري وذلك كتسوس الاسنان  
وهذه الظاهرة توجه بالكيفية الآتية وهي أن اسنان المصابين بهذا المرض  
تصير عرضة لتأثير الحوامض المنفرزة التي يتكون من فساد الافرازات  
الفمية السكرية ومنها الفموزس وتسليخات القلقة والخشقة وفوهة مجرى  
البول عند النساء وهي تحصل من كثرة ملاصقة البول المشتمل على السكر  
ومنها أيضا سهولة حصول التهابات تنتهي بالتنكز والغنغرينا كالدمامل  
والجمرات والغنغرينا الموضعية والذاتية في الاطراف والالتهابات الرئوية  
الفصيصية وخراجات الرئتين وغنغريناتهما

وكثيرا ما يظهر الدرن الرئوي في المصابين بالبول السكري في نهاية مدته  
فيهلك به نصف المرضى تقريرا وقد يتضاعف هذا المرض بالبول الزلال  
فيسر ع في هلاك المرضى

ثم ان سیر البول السكري من من فقد يستمر بغض أشهر بل سنين ويندر جدا



مشاهدة أحوال عادة من هذا المرض فيها يحصل الموت في ظرف بعض  
أسابيع أو أقل من ذلك ولا توجد مشاهدات جيدة على ابتداء هذا الداء  
فإن معظم المرضى يكادون لا يستشيرون الأطباء لأجل المعالجة اللاحقة ازداد  
افراز البول ازدياداً عظيماً واصطحب بعطش محرق وجوع قوى مصحوب  
بخافة شديدة حتى اتهم يتوههون بوجود مرض خطر

ومدة سير داء البول السكري تكون من سنة إلى ثلاث سنين وقد شاهدنا علم  
جرسنجر سنتين في المائة انتهت حالتهم بالموت قبل استيفاء تلك المدة وهذه  
المشاهدات أغلبها مأخوذة من المارستانات فإن أغلب مشاهدات الطب العملي  
مجهولة ومن المعلوم أن داء البول السكري يستطيل زماناً طويلاً جداً عند  
الأشخاص الذين لهم قدرة على المعيشة الجيدة والمعالجة اللائقة بخلاف  
غيرهم من الجبوريين على الدخول في المارستانات وانتهاء هذا الداء بالشفا  
التام نادر جداً وإنما هناك مشاهدات عديدة شوهد فيها وقوف سير هذا المرض  
زماناً طويلاً والموت وإن لم يعقب بعض المضاعفات لا بد وأن يطرأ والمريض  
في حالة نهوكة عظيمة وقد يشاهد قبل الموت أعراض عصبية شبيهة بالظواهر  
العصبية التي تعقب التسمم البول

### \* (المعالجة) \*

قد اوصى في البول السكري باستعمال أدوية وطرق علاجية عديدة غير أن  
هذه الطرق مؤسسة على نظريات علمية بالنسبة لطبيعة المرض وتأثير  
الأدوية ومنها هو قليل ما منفعته مأخوذة من التجارب الأكيدة ولا تتعرض  
هنا لذكر الطرق العلاجية المؤسسة على القول بإعطاء الحوامض لعوق  
استحالة النساء إلى سكر أو إعطاء المركبات النوشادرية لأجل إدخال الأزوت  
في الجسم أو إعطاء الأفيون لأجل تنقيص تهيج الكلية أو حرارة الشور  
أو الاملاح التقيينية لأجل التأثير على الكبد فجميع ذلك مؤسس على  
نظريات علمية وللعلم جرسنجر الفضل في إثباته عدم منفعة بعض الجواهر  
الدوائية بل وفي إثبات شدة ضررها كالأكوالينات وخيرة البوزة والسكرطما  
بأن تعاطيها يعوض ما فقده الجسم منه

ثم إن التجارب دلت على نجاح بعض التدبيرات العصبية الغذائية في هذا

المرض وهذه الداء ايرنا فعة للغاية وان كان اصل ادخالها في الطب العمل  
 مؤسسا على تعلقات علمية وهو انه من المهم جدا أن يتعاطى المصاب بالبول  
 السكري أغذية حيوانية يقل جدا استعمال الأغذية المشتتة على القشاء  
 والسكر كليا فان التجارب قد دلت على ان اتباع ذلك وان حصل منه تناقص  
 وقتي في البول السكري الا انه لا ينحسم به عرق هذا الداء بالكمية وفضلا عن  
 ذلك فن المعلوم انه لا يوجد الا قليل من المرضى يمكن التماذي بجلاء سنين على  
 تعاطى الاغذية الحيوانية كاللحوم والبيض والاسماك وام الخلول والسرطان  
 البحري والخضراوات والسلطات وقليل من الخبز الجسوتيني الذي اخترعه  
 المعلم بوشردا فالتصريح بالرضى بتعاطى قليل من الخبز كل يوم يسهل عليهم  
 التمسك بالاوامر الطبية وليس فيه ضرر عليهم واذا لم يصرح لهم بذلك فانه علم  
 قليل يحصل عندهم سأم وضجر من تعاطى الغذاء الحيواني على حدته فينتد  
 لا يتمسكون بالاوامر الطبية وينهمكون على استعمال المشروبات والاشياء  
 التي يميلون الى تعاطيها مثل الخبز والاثمار فينتد مؤثر للريض زيادة على  
 استعمال اللحوم بتعاطى الاغذية النباتية المجردة عن الشأ والسكر  
 ولا تحتوى الا على قليل منها جدا وقد مر بالمعلم بوشردا جميع الاغذية  
 التي يمكن للمصابين بهذا الداء استعمالها بدون ضرر وتنوع أغذيتهم بها  
 كاسياني وهي جميع أنواع اللحوم مشوية او مصلوقة بل متبلة بالافاويه  
 لكنها غير مجهزة مع الدقيق ومنها انواع السمك على اختلاف البحار عذبة  
 ومالحة فانه باستعماله دون باقى اللحوم يقل تطلب التعاطى من الخبز ومنها  
 استعمال الحيوانات الرخوة كالسرطان البحري وام الخلول ونحو ذلك ومنها  
 البيض المجهز بكيفيات مختلفة ويحتمل اللبن لسكر لا مانع من تعاطى القشطة  
 ومنها ان يستعمل من الخضراوات السبانخ والقرنبيط والكرنب والمليون  
 والفاصوليا الخضرا والخرشوف ومنها ان يستعمل من انواع السلطات  
 الجرجير والحرا والخس ومن انواع الفواكه التوت الافرنجى والبرقوق  
 وتعاطى المشروبات وان كان ينتج عنها ازدياد في الافراز السكري والامتناع  
 عنها ينقصه لكن لا يمكن مع ذلك ايذاء المرضى ومنعهم عن اطفاء العطش  
 وقد استبان من اجحاث جرسنجر على هذا الخصوص النتيجة الآتية وهي ان



التعطيش الشديد جداً الذي يعقبه اضطراب في المعدة هو الذي ينتج عنه  
تناقص عظيم في الإفراز السكري وان هذا التعطيش لا يمكن تحمله إلا مدة  
قصيرة جداً وأوصى لتشمل هؤلاء المرضى بإطفاء العطش حسب الإمكان  
وزيادة عن استعمال الماء العذب يجوز تعاطي بعض المشروبات المائية  
الحمضية والقهوة والبوزة المخمرة جيداً ولا يعطى لهم النبيذ الحسديث شيها  
الاجرم منه وحيث ان المصابين بالداء يايي طس يسهل تأثرهم من البرد ويكونون  
مستعدين للإصابة بالالتهابات الرئوية يوصى لهم باستعمال الأقصة المأخوذة  
من العوف على الجلد مباشرة

وزيادة عما ذكر من الوسائط الغذائية الصحية التي باتباعها لا تشفى المرضى  
المصابة بالداء يايي طس إلا أنها تحمل هذا المرض زمناً طويلاً بدون ضرر بين  
توجد وسائط دوائية يتحصل منها في هذا المرض على نتائج عظيمة واضحة  
فاستعمال جوهر دوائى بمجرد القول انه أحدث تحسناً أو شفاء في حالة مرضية  
من هذا الداء لا يرتكن اليه في الطب العملى سيما عند وجود مشاهدات  
تثبت عدم نجاحه وأما الوسائط العلاجية المقطوع بجودة نفعها وتأثيرها  
على سير هذا المرض بواسطة ملاحظة كمية البول في ٢٤ ساعة والإفراز  
السكري ووزن الجسم كل ذلك مع الملاحظة بالدقة فمن الواجب على الأطباء  
الإيصاء باستعماله وأهم تلك الجواهر هي الكربونات القلوية فان المشاهدات  
والتهارب أيدت جودة تأثيرها في هذا المرض ففي كثير من الأحوال يتحصل  
من استعمال فوق كربونات الصودا على نجاح وتحسين بين وأقوى من ذلك  
في النجاح استعمال المياه الطبيعية الفوق كربوناتية كميها ويشى وكراسباد  
وقد ثبتت الشهرة القديمة لمياه كراسباد الحارة في هذا المرض بواسطة  
المشاهدات الأكيدة التي فعلها سيجن فانه لا شك انه باستعمال المعالجة بتلك  
المياه بعض أساليب يزول كل من العطش والإفراز البولى ويزداد وزن  
الجسم ويزول السكر من البول ومهما كان النجاح مستمراً أو وقتياً فان  
المعالجة بمياه كراسباد هي المعتمدة عليها في هذا المرض طبقاً للمعلومات الطبية  
المستجدة

وقد ثبت ان كلام من الافيون والمورفين ذو تأثير جيد في هذا المرض اذ بهما

يمكن تنقيص العطش والسكر في البول لكن هذا التأثير وقتي ومن النادر أن يكون مستمر وإذا انهما لا يستعملان الا وقتيا وكذا من الجيد استعمال المركبات الحديدية أو المعالجة بشرب أحسن الينابيع الطبيعية الحديدية كما شولباخ وميرمونت ونحوها اذ بذلك يحصل تقوية في نسبة السكر في البول وأما الوسائط العلاجية التي لم يثبت ان الانجحاحها مع التأكد في الطب العملي فهي حمض الالينيك الذي أوصى به كنتاني وزيت كبد الحوت والجلتسرين الذي أوصى به شولزن وحمض السكر بوليك وصفافات الصودا التي أوصى بها اريشتين والزرنيخ الذي أوصى به ليبييه وصبغة اليود ويودور البوتاسيوم والكينين

### المبحث الثامن

\* (في الديابيطس البسيط أي غير السكري) \*

### كيفية اظهور والاسباب

كل من الديابيطس البسيط والسكري مرض يخالف الآخر بالكلية ولو كانت الاعراض الواضحة لكل منهما وهي غزارة البول والعطش الشديد مطابقة لبعضها فالكلام من الدم والبول في البسيط لا يحتوي على مادة مرضية وجودها وواصف له بل ار هذا الداء يسير كشكل بسيط من غزارة البول وبول المرضى المصابة بالديابيطس المذكور وان وجد فيه الاينوزيت وتوهم منه انه اصل منشأ هذا المرض وعلى مقتضى ذلك سمى الديابيطس البسيط بالديابيطس الاينوزيني تميزا له عن السكري الا ان ابحاث كل من استراوس وكاف قد استبان، انها ان كل ادراج بولي صناعي عند السليم يؤدي لظهور الاينوزيت فيه كما ان هذا الجوهر يشاهد ايضا في بول المصابين بالديابيطس السكري فلا يكون حواصفا للمرض الذي نحن بصدده ومتى استبعدنا الادراج البولي العرضي البسيط من اعراض الديابيطس غير السكري فلا يبقى عندنا توجيه في كيفية ظهور هذا المرض الا القول بانه انما ينتج عن اضطراب عصبي اولى وقد ذكرنا في المبحث السابق ان كلام برنارد وجرهارد وجد اصفارافي المجموع العصبي المركزي يحدث جرحها ادراج بوليا بسيطا ولا سيما الجزء السكائن اعلى من الصفرة السكري الذي في قاع الجيب



الرابع من المنع فان تخرج الفص الديا بسيط السكرى للمعلم اجهرد  
ينتج عنه غالباً ادرار بولي بسيما وسكرى معا وكذا قطع العصب الحشوى الذى  
ينتج عنه نوع ادرار فى البول يزىل تبعاً لما ذكره المؤلف الاخير تأثير الجرح  
السابق ذكره وقد وجد المعلم بايرنام ان تخرج العظيم السماتوى فى العنق ينتج  
عنه ازدياد فى الافراز البول واما قطعه فيحدث تناقصا فيه والى الآن لم  
تتضح كيفية تأثير هذا الاضطراب العصبي ومن الجائز ان المتأثر من ذلك  
ليس فقط الاعصاب الوعائية وحدها بل كذلك اعصاب نوعية خاصة بالافراز  
الكلوى وفى الحقيقة قد استبان من المشاهدات الاكلينيكية ان الديا بسيط  
البسيط يوجه بالاضطراب العصبي فانه لم يشاهد ظهوره فقط من تباطا  
بامراض عقلية وراثية او صرعية بل كذلك فى كثير من الاحوال امكن  
ثبوت الاضطرابات العصبية بلا واسطة كالاورام الدماغية والاصابات  
الالتهابية فيه والاسهتيريا والارتجاج الدماغى من نحو السقوط على الراس  
وكذلك قد شوهد الديا بسيط عقب الانفعالات النفسية الشديدة  
والامراض النخاعية والالتهابات السحائية المزمنة والاصابات الزهرية  
الدماغية ومن جملة اسباب هذا المرض الاستعداد الوراثى ومع ذلك  
ففى كثير من الاحوال يتعدى وجود سبب مرضى يندب اليه وبالنسبة للسن  
فان الشبان يكثر اصابتهم به زيادة عن الطاعنير وكذا يكثر اصابته الاطفال به  
زيادة عن اصابتهم بالديا بسيط السكرى وتصاب به الذكور أكثر من الاناث  
مرتين أو أكثر وتوجيه الديا بسيط السكرى البسيط يكون منشؤه من ضاعف  
من العقل حصول استحالة الديا بسيط السكرى الى السكرى فان الاخير مبنى  
فى كثير من الاحوال على هذه التغيرات فانه طاماً ما يحصل فى الديا بسيط  
البسيط ظهور السكرى فى البول وقتياً كما هو حالة الوراثة شوهدت فى كلا  
الشكلين

### الاعراض والسير

كمية البول المقدقة من المرضى تكون احياناً فى الديا بسيط السكرى عظمية  
مثل ما فى الديا بسيط السكرى بل أعظم منها فتبلغ فى مدة الاربع  
والعشر بن ساعة من ثلاث ايترا الى اثني عشر وقد تزيد عن ذلك فقد

شوهدت طفلة عمرها عشر سنين معترها الديابيطس البسيط وكانت  
قليلة النمو ووزن جسمها ثلاثة وعشرون رطلا وكانت في اثناء مكثها  
في الاكلينيك كمنجن يخرج منها كل يوم مقدار من البول وزنه يبالغ وزن  
ثلث جسمها وكان بولها سافيا بالسكينة وذا وزن نوعي قليل جدا لا والبول  
المصاب بالديابيطس السكري وهذا البول يندر أن يجاوز وزنه من ٠.٠٥ و ١  
الى ٠.١ - ١ وكثيرا ما ينحط وزنه النسوي زيادة عن ذلك  
بحيث يكون من ٠.٠١ - ١ الى ٠.٠٥ - ١ واحتواء البول على البولينا  
والاملاح يكون متناقضا وأما كمية البول المعلقة المنفرزة في ظرف ٢٤  
ساعة فتكون في غالب الاحوال طبيعية أو متزايدة قليلا وقد شاهدت حالة  
من منذ مدة كان ينفرز فيها من المريض مع تعاطي الاغذية الازوتية ٩٠٠٠  
سنتيمتر مكعب من البول في ظرف ٢٤ ساعة محتويا على ٣٨ جراما من  
البولينيا ويندر أن تكون كمية البولينا المنفرزة في ظرف ٢٤ ساعة  
متناقضة وقد شوهدت حالة أخرى في الاكلينيك الخاص بنساج بولينيا  
بقدر ٢٣ جراما في ظرف ٢٤ ساعة مع الغذاء الجيد وكان وزن المريض  
نحو ٤٨ كيلو جرام

وكل من الافراز الجليدي والرثوي يكون متناقضا تبعاً للتجارب التي فعلت على  
النسب التي بين كمية المشروبات والبول المنفرز فان كمية المشروبات المأخوذة  
كل يوم والمواد السائلة الداخلة مع المطعومات تكون على نسبة متوازنة بينها  
وبين البول المنقذ والعطش الشديد الذي يوجد عند المريض لا يعتبر  
سببا في ازدياد الافراز البولي بل نتيجة له

والاحساس بالجوع قد يكون متزايدا في هذا المرض فقد ذكر ترسو حالة عند  
مريض كان يتعاطى كمية عظيمة من المطعومات حتى أعطى له من احدى  
الوكندات التي كان يعطى فيها الخبز بقليل دراهم في نظير عدم محبة اليها  
وفي الديابيطس البسيط جزء من المواد الغذائية المتناولة بدلا عن كونه  
يعوض خريشات الجسم المتلاشمية كما يحهـل ذلك في الديابيطس السكري  
ينقذ بدور الاتفااع به وبذلك يوجه الجوع الغير الطبيعي النادر المشاهدة  
ويكون ازدياد تعاطي الماء وافرازه يعين على ارتقاء تحليل خريشات الجسم



الازوتية فن القواعد العامة أنه يازد يادجريان السوائل الجوهرية من خلال  
جزئيات الجسم يزداد ولا بد تلاشي كمية عظيمة من المواد الزلاية واهراقها  
وأما الحالة العامة للجسم وقواه فانها تبقى غير مضطربة زمن طويلا خلافا  
لما يهد في الدياتس السكرى فقد شاهدت شابة عمرها عشر وثمانون سنة  
مصابة بالدياتس البسيط وكانت قوية البنية ذات هيئة متوقدة وعندها  
قدرة على اجراء الاشغال الشاقة وبعد مضي خمس سنين وزواجها حضرت  
ثانيا الى الاكلينك وكانت تشتكي فقط يازد ياد العطش واحساس بهبوط  
واساءة خلق وتأثر شديد من البرد وهذا التأثر نسبة الطبيب اشتراوس الى  
ازدياد تعاطي المشروبات الباردة اذ بذلك تتناقص الحرارة وعند آخرين  
من المرضى تحصل اضطرابات هضمية كالام المعدة والقئ وعدم انتظام  
التبرز والنخاع والاحساس بالضعف وقد ذكر فيفر حالة هلك فيها المريض  
مع تلك الظواهر وعند فعل الصفات التشرىحية لم يوجد فيه تغير مدرك

وسير هذا المرض ومدته يختلفان فاحيانا يظهر تدريجا واما ياترأفجأة  
ولا يندر حصول تحسين وفي كما قد يشاهد ان كمية البول المنفرزة في ٢٤ ساعة  
تصير طبيعية مدة حصول مرض يطرأ على المريض وبعدا انتهاء ترجع كمية  
البول الى ما كانت عليه وهذا المرض قد يستمر جلة سنين بدون أن يهدد  
الحياة لكن قد يكون ذا سير خبيث متى كان مرتبطا باآفة تقييلة في الدماغ  
أو النخاع الشوكي وأد شفاؤه التام المستمر فتندر

وتشخيص هذا الداء غير عسر غالبا حيث يسهل تمييز الدياتس البسيط  
من غيره في الامراض المصحوبة بافراز بول غزير كالادرار البولى الوقتى  
الذى يعقب الافراط من الشرب مثلا وزواا الاستسقاء العمومى ونحو ذلك كما  
انه يسهل تمييز هذا المرض عن ازدياد الافراز البولى الذى يحصل فى الادوار  
الاخيرة من داء بريكت فان لهذا الاخيرة صفات عديدة تميزه الدياتس  
البسيط وعن غزارة البول فى الدياتس السكرى

### ١٠ المعالجة

اول شئ يهتم به فى معالجة الدياتس البسيط هو اتمام ما تستدعيه دلالات  
المعالجة السببية ما امكن كما شوهد ذلك فى حالة كانت ناتجة عن الداء الزهرى

الدماغى وشفيت بواسطة استعمال المركبات الزئبقية ولا حاجة لذكر الوسايط  
العديدة التى يتوهم ان لها تأثيرا لا واسطيا فى هذا الداء وفى الاحوال  
الخفيفة يقتصر على اتباع وسائط قانونية صحية واستعمال الحمامات  
الفاترة والتدثر بالملابس المدققة لابقاظ فعل الجلد ولا<sup>جل</sup> لطفاء العطش  
يمكن استعمال المركبات الافيرونية كما فى الدياييطس السكرى وتقوية  
المريض باستعمال المركبات الحديدية ومن الوسايط الجديدة المدوحة  
استعمال التيار الكهربائى المستمر على العمود الفقرى وقسم السكاكين  
كما ذكره كولز واستعمال اليابورندى<sup>لا</sup>جل لابقاظ التلعيب وافراز العرق  
كما ذكره ليكوك واستعمال الجويدرين كما ذكره رنجر وينبغى ولا بد التمسك  
على اجراء التجربة فى ذلك

### ﴿تم الجزء الرابع﴾

يقول بامع برده وناظم فرائده قد تصحى وتحريرا وتنهى وتخبيرا  
قد طان أن اتى عصا التسيار عن كاهل القلم وامسك بعنان جواد  
الفكر عن الجرى فى ميدان هذه الحكم حيث لاح من بشر وسائل  
الابتهاج بدر التمام وفاح من نشر مسكه عرف الختام لا غرو أن صار  
غرة فى جبهة الكتب الطبية وكان درة مصونة فى صدف اللغات الاعجمية  
فاستخرجها ووافقه حفظه الله من كمينها وغاص من اجلها بحار الفكر  
الشاقب فكان ابن معينها أردع فيه من كل ينمية حرس الله والداها  
وخريدها اثر فر يدق بحسده طارفها تالدها لاجرم قد احرز قصص السبق فى  
هذا المضمار وهل يبلغ الضالع شأ والضلوع كلال لا يكاد يلحق له غبار  
فيالها من وسائل ابتهجت بها نفائس النفوس بل مقاصد تتجلى من  
بنات الافكار وناهيك لا عطر بعد عروس فاعسى أن يقال ان  
هو الا كتاب سارت بسيرة النجوم وانهمزمت لطبيعته كائب الكتب  
فمايت فى جلاها بعد ان لحقها الوجوم طارصيته فى الاتفاق وبالاتفاق  
على أسبقيته انحسم عرق الشقاق حيث لا يكاد ينجح لى فى فضله اثنان



وهاهو نصب الاعين والفضل اسفرت به العينان وكان استهلال بدره  
 من برج الكمال وابرازه من خدره في حلال الجمال في عهد من انتعشت  
 روح الازمان بعهدده وشهدت له الاثمه اذ بالعدل الذي لا يفي حاصره  
 بعده ولا يجتده من جبلت القلوب على وداده واقام الوزن بالهسط مع  
 تقوى الله الكريم بين عباده شاد عماد الدين بعد اوده وراعى حق  
 الاسلام وروى حديث الرقيق بالرعايا مع علوسنده ذى المجد الاثيل  
 والفرع الاصيل والنسب العريق سعادة خديو مصر محمد باشا توفيق  
 ادام الله دولته واعلى كرامته بقوة ياسه وولى عهده عباسه وبقية  
 الانجال الكرام وحصرات وزرائه الشفاف الاعلام معترفا باكمل  
 الثناء الجميل ان امر بطبع هذا الكتاب الجميل حينما كان ناظر  
 المعارف حضرة الوزير الكبير والعلم الشهير دولتور يا ض باشا  
 الذى هو بيت العلوم جدير بمخلصا فى اداء واجبات الشكر بقلب سليم

لندن المعارف ورئيسها سعادته على باشا ابراهيم  
 ونرفع الاله الى لك اكف المضرا عنة يا من عوايده الجميل  
 وصلته على الدوام موصولة بالبر والخير الجزيل  
 أن تقبل عثرا تناوتصفح عن زلاتنا متوسلين  
 اليك بخير صفوتك سيدنا محمد سيد الانام  
 عليه وعلى آله واصحابه افضل  
 الصلاة وازكى التهية  
 والسلام

الرابع بمطبعة وادى النيل المصرية للاخوان لصادقين  
 والشقيقين الصالحين محمد رفعت ومحمود فاضل  
 وذلك في سنة ١٢٩٨ هجرية







,	- Tubercules	تبرکیل (الدرن)
,	- Tuberculose	تبرکولوز (التدرن)
,	- Typhus	تیفوس
cephalus رأس, tricho	- Trichocephalus	تريكوcephalus (الدودة)
,	-	دات الرأس الثلاثة

## U

,	-	
aemie دم, ru	- Uraemie	ايريمى البول الدموى
,	- Uraticarea	اورتيكاريا (الانجریة)
	-	مرض جلدی

## V

,	- Vaccina	وکسینا (مادة التلقيح)
,	- Virus	ویروس (الاصل السمي)
,	- Vitiligo	ویلیجو (مرض جلدی)



,	- Schanker	شانكر	انقرحة الزهرية الرخوة
.	- Schankroid	شانكرويد	(السبيد بالسنكر)
,	- Scorbut	سكوربوت	(الحقر)
,	- Serophulose	سكروفلوز	(داء الحنازير)
,	- Sklerose	سكلروز	النبيس
ribon, spermato	- Spermatorrhoe	سبرماطوريه (السيلان المنوى)	منى
,	- Sudamina	سودامينا	(الحوبصلات الدخنية)
,	- Syphiliden	سفيليد	الطفحات
,			(الجلدة الزهرية)
,	- Syphilis	ميفيليس	الداء الزهرى

## T

,	- Taenia	تينيا	(الدودة الوحيدة)
,	- Tetanus	تيتنوس	(التقلص العضلى)
.	- Thrombose	ثرنبوز	(السدد الذاتية أو الثابتة)
.	- Tinea	تينيا	(القاع)
.	- Tic	نيك	(الصفير العصبى المؤلم)
,	- Trachea	تراخيا	القصبه الهوائية المعروفة قديما بالوعاء الصلب
tracheo, tomie	- Tracheotomie	تراخيوتوميا	(القطع القصوى)
,	- Trichinen	تريشينا	الديدان الرفيعة النعربة

pectori صدر, loquie	Pectoriloquie - تكلم	بيكتوريلوكيا (التكلم الصدرى)
	Pemphigus - مرض جلدى حويصلى	بامفيجوس (مرض جلدى حويصلى)
	Phimosis - اختناق القلفة الخلقى	فيوزيس (اختناق القلفة الخلقى)
	Phthisis - سل	فتيزيس (السل)
	Pityriasis - مرض نخالى	پتريازيس مرض جلدى نخالى
poly, كثرية, pous	Polypous - أرجل	پوليبوس
	Porriga - مرض جلدى	پورريجو (مرض جلدى فقاعى)
stata موضوع, pro	Prostata - امام	بروستاتا
	Prurigo - الحكة	پروريجو (الحكة)
psora	Psoriasis - حكة	پسوريازيس (مرض جلدى)
	Prurua -	پورپور الفرفورية

## R

	Rhachitis - ازدواج العظام	راشيتيسم (لين العظام)
reuma	Rheumatismus - حذار	روماتيزم (الحدار فى الجسم)
	Rupia -	روپيا (مرض جلدى)

## S

cele قيلة, sarco	Sarcocoe - لحميه	ساركوسيل (قيلة لحمية)
	Sarkom -	ساركوم (ورم لحمى)



## N

نفرالجيا (الالم العصبي) - Neuralgie - العصب neur, ألم algie

## O

أوكسيرس الديدان Oxyuris - ذنب uris, دقيق oxy  
(ذات الذنب الدقيق)  
أوذما (الانتفاخ) Oedema - انتفاخ  
أوليغوسيتيميا }  
(قلة كرات الدم) Oligocythaemie - قلة كرات cyth, دم aemie  
أوليغوكروميا }  
Oligochromaemie - دم chrom, قلة olig  
بهاته اللون أو الخلوروز  
أوترينا (نتن الانف) Ozaena - نتن الانف

## P

بانخي درمي (داء الفيل) Pachydermie - الجلد pachy, dermie  
برتستيزال بزل الجانبي }  
(أي بزل الصدر) Paracentese - جنب para, centese  
باراليزيس الشلل Paralysis - شلل  
بارفوزيس (اختناق) Paraphimosis - مقدم para, اختناق قلفة phimosis  
(انقلفة المقدم)  
بارابليجيا (شلل نصفي سفلي) Paraplegie - نصف para, شلل plegie  
بارازيت (حيوانات طفيلية) Parasiten - أجنبي para, حيوان siten  
پاتولوجيا (علم الامراض) Pathologie - مرض patho, علم logie

## L

phitis	سل	Laryngophitis	لنج قحجيس (السل الخجري)
stenose	تضيق	Laryngostenose	لنج استينوز (تضيق الخجيرة)
		Lepra	ليبراجذام
aemise	دم	Leukaemise	ليكيا (الدم الابيض)
skopie	البحت بالمنظار	Laryngoskopie	لنج اسكوبي (البحت بالخجيرة)
ophthalmus	العين	Lagophthalmus	لاجوفتالموس (جحوظ العين)
aemie	دم	Leucocythaemie	ليكوتيميا (الكريات البيضاء للدم)
rrhoe	سيلان	Leukorrhoe	ليكوريا (السيلان الابيض)
		Lichen	ليكن الخزاز (مرض جلدي)
		Lupus	لوبوس أي الكفة (مرض جلدي تقرح)
		Lyssa	ليسا (الجنون الكلب)

## M

		Mania	مانيا (نوع من الجنون)
		Marasmus	مارازموس (النهوكة)
urie	بول	Mellit	ميليتوريا (البول العسل)
			أي الديابيطس
itis	رحم	Metritis	ميتريت (التهاب الرحم)
		Malaria	ميلاريا (العرق الدخني)



- Hydrothorax - ماء، thorax صدر، (الاستسقاء الصدري)  
 Hyperaesthesia - ازدياد، aesthesie حساسية، (ثوران الحساسية)  
 Hyperkinesis - ازدياد، kinesis حركة، (تشنج)  
 Hyperplasie - زيادة، plasie تعضون، (ازدياد التعضون)  
 Hypertrophie - ازدياد، trophie التغذية، (ضخامة)  
 Hypochondria - داء المراقين، (داء السوداء)  
 Hypostase - أسفل، stase وضع، (الاحتقان)  
 Hysterie - اختناق الرحم، (الاستيريا) (الاستسقاء الرحمي)

## I

- Ichthyosis - مرض جلدي فيه يتكون قشر كقشور السمك، (ايكنيوزيس)  
 Idiosynkrasie - خاص، synkrasie خلط، (ايديوستنكرازيا)  
 Impétigo - مرض جلدي بشري، (ايمپيتيجو)  
 Intertrigo - مرض جلدي، (اينترتريجو)

## K

- Kachexia - ردئ، kach، (كاشكسيا) (سوء القنية)  
 Kardialgie - قواد، kardi، (كارديا لجيا) (الالم القوادي)  
 Katalepsie - الى شي، kata، (كتابسيا) (التخشب)  
 Katarrakten - (كاتركتا)  
 Kolika - مغص معوي، (كوليك) (المغص المعوي)  
 Kondylome - لطخ عريضة، (كونديلوما) (اللطخ العريضة)  
 Koryza - ازكام، (كوريثزا) (ازكام)

## H

- هيماتوميزيس { Haematemesis - دم haemat قىء emesis  
(القيء الدموى)  
هابتوس (الهبة) Habitus - هيئة , ظاهرة  
هيماتوقيلة (القبيلة الدموية) Haematocela - دم haemato قبيلة cela  
هيماتوريا (البول الدموى) Haematurie - دم haemat بول uric  
هيمومترا (التزيف الرحمى) Haemometra - دم Haemo رحم metra  
هيموفيليا (سوء القنية التزيفى) Haemophile - دم haemo (الميل) philie  
هيموبتسيه (البصاق) Haemoptoe - دم haemo بصاق ptoë  
هيموراجيا (التزيف الدموى) Haemorrhagie - دم haemo سيلان rrhagie  
هيموريد البواسير Haemorhorroiden - دم haemo سيلان rroiden  
هالسيناسيونه الهاوسة Hallucinationen - هاوسة  
هلمنتيازيس (داء الديدان) Helminthiasis - داء ديدان  
هيميكرانى (الصداع) Hemikranie - نصف hemi رأس kranie  
هيمبليجيا (شلل نصفى جانبى) Hemiplegie - نصف hemi شلل فالج plegie  
هربس (مرض جلدى) Herpes - مرض جلدى  
هيدروسفالوس { Hydrocephalus - ماء hydro دماغ cephalus  
(الاستسقاء الدماغى)  
هيدرومتر (الاستسقاء الرحمى) Hydrometra - ماء hydro رحم metra  
هيدروفوبى (الفرع من الماء أو الكلب) Hydrophobie - ماء hydro فرع phobie  
هيدروراشيس { Hydrorrhaches - ماء hydro العامود الفقرى rrachis  
(الاستسقاء الفقرى)  
ايبيريميا (الاحتقان) Hypperaemie - ازدياد hypper دم aemie



- انسفاليت (التهاب الدماغ) - Encephalitis - التهاب , itis , دماغ encephal
- اندارتريت (التهاب الشرياني الباطني) - Endarteritis - باطن end , التهاب شرياني arteritis
- اندوكارديت (التهاب الغشاء الباطن للقلب) - Endokarditis - باطن endo , التهاب قلب karditis
- انترالجيا (مغص معوي) - Enteralgie - المعى enter , ألم algie
- انوريزيا (البول الليلي) - Enuresis - ليل en , بول uresis
- ايليبسيا (الصرع) - Epilepsia - الصرع
- امبيما (التجمع الصديدي الصدري) - Empyema - التجمع الصديدي الصدر
- ايبستا كسيا (العاف) - Epistaxis - رفاف
- اريزيل (الحمرة الجلدية) - Erysipelas - الاحمر erysi , الورم pelas
- اريتما (مرض جلدي) - Erythēma - الاحمرار
- اكراتما (طفح جلدي نشاع) - Exantema - طفح جلدي نشاع

## F

- فوس (القراع) - Favus - قراع
- فيبرومايوم (ورم ليفي عضلي) - Fibromyom - ورم ليفي عضلي

## G

- غنغرينا (موت الانسجة) - Gangraen - موت الاجزاء
- جاسترالجيا (ألم معدي) - Gastrealgie - معدة gastre , ألم algie
- جاسترومالاسيا (لين المعدة) - Gastromalacia - معدة gastro , لين malacia
- جونوريا (السيلان المنوي) - Gonorrhoe - مني gono , سيلان rhoe
- جريب (التهاب شعبي وبائي) - Grippe - نزلة شعبيه وبائية

diphther	غشا	itis	التهاب	Diphtheritis	(	دفتیریا (الالتهاب
					)	الغشائي)
			المدرات البولية	Diuretica	(	دیورتیکا (المدرات البول)
enterie	المعى	dys	فساد	Dysenterie	-	دوسنتاريا الاسهال الزحيرى
krasis	الاختلاط	dys	فساد	Dyskrasie	-	دسکرازيا (سوء الاختلاط)
rrhoe	سيلان	men	فساد	Dysmenorrhoe	-	دسمنوریا (عسر الطمث)
pepsie	هضم	dys	سوء	Dyspepsie	-	دسپیسيا (سوء الهضم)
phagia	الازدراد	dys	سوء	Dysphagia	-	دسفاجيا (عسر الازدراد)
pnoe	التنفس	dys	عسر	Dyspnoe	-	ديسپنيا (عسر التنفس)
uria	التبول	dys	عسر	Dysuria	-	ديزوريا (عسر التبول)

## E

koken	حويصلية	echino	دوده	Echinokocken	(	ايكينوكوك (ديدان حويصلية)
lampsia	ادراك	ek	زوال	Eklampsia	-	اكلامسيا (التشنجات)
			مرض جلدى	Ekthyma	-	ايكتيما (مرض جلدى)
topia	انتقال	ek	تحول	Ektopia	-	ايكتوپيا (تحول انتقال)
			طفح جلدى نشاع	Ekzema	-	ايكزيما (طفح جلدى نشاع)
			الكهربائية	Elektricitat	-	ايليكتريستا (الكهربائية)
iasis	داء	elephant	فيل	Elephantiasis	-	ايليغانيتازس (داء الفيل)
			سد سيارة	Embolie	-	امبوليا (السدد السيارة)
			سدة سيارة	Embolus	-	امبولوس (السده)
physem	تمدد	em	باطنى	Emphysem	-	انفيزيما التمدد الغازى
tonus	تقلص	emprosth	مقدم	Emprosthonus	-	امبروستوتونوس (يتنوس مقدم)



برونشيكمازيا (تمدد الشعب) Bronchiektasie - شعب bronchi . تمدد etkasie  
 برونشوفونيا (صوت شعبي أو النفخ الانبوبي) Bronchophonic - شعب broncho , صوت phonic  
 برونشوريا (السيلان الشعبي) Bronchorrhoe - شعب broncho , سيلان rhoe

## C -

خاوروز (اثتقاع اللون) Chlorose - كلوروز  
 كارسينوما (السرطان) Carcinoma - سرطان  
 سيقالالجيا (صداع) Cephalalgia - رأس cephal , ألم algia  
 (كينين) Chinin - كينين  
 كلورين هويضة Cholera - هويضة  
 كولرة هويضة أو الهواء الاصفر Cholera - هويضة  
 كوكليش (سعال تشنجي) Coqueluche - سعال تشنجي  
 كروب (السعال الديكي) Croup - سعال ديكي , أوزبجه غشائية  
 سيانوز (التلون المزرق) Cyanose - تلون مزرق  
 سيستيسر كوس (الدودة) Cysticercus - حويصلة cysti , الذنب cercus  
 الحويصلية ذات الذنب

## D

ديرماتيتس (التهاب الجلد) Dermatitis - جلد dermat , التهاب itis  
 ديابيطس (البول) Diabetes mellitus - عسل mellitus , غزارة البول diabetes  
 (السكري)  
 دياريا (الاسهال) Diarrohea - الاسهال  
 دياتيز (سوء قنية) Diathese - سوء dia , قنية these

Analgesie	- فقد an, الألم	الجم	algésie
Aneurysma	- تمدد شرياني		
Anasarka	- غلي ana, اللحم	sarka	
Angina	- زبحة		
Anidrosis	- فقد an, عرق	idrosis	
Anostosis	- فقد an, العظم	ostosis	
Anteversio	- الميل المقدم ante, الميل	versio	
Anthelmenthica	- ضد ant, دود	helmenthica	
Aorta	- الشريان الابهرى		
Aphonie	- فقد a, صوت	phonie	
Aphthe	- قلاع		
Apoplexie	- السكتة الدماغية		
Apyrexie	- فقد a, حمى	pyrexie	
Asphyxie	- فقد a, نبض	sphyxie	
Asthma	- ربو		

## B

Blennorrhoe	- مخاط blenno, سيلان	rrhoe	
Blepharospasmus	- جفن blepharo, تشنج	spasmus	
Bothriocephalus	- حفرة bothrio, رأس	cephalus	



قاموس الالفاظ الاصطلاحية الطبية المأخوذة من اللغة اللاتينية واليونانية  
 \* (واستعملت بكثرة في كتابنا مع اشتقاقها من الحروف اللاتينية) \*

## A

أكاروس	Acarus	قملة الجرب	أر حيوان الجرب
أنحولي	Acholie	- فقد A	صفرا cholie
أخروما	Achroma	- فقد A	لون chroma
أكنا	Acne	حب الشباب	مرض جلدي يعرف بحب الشباب
أيجوفونيا	Aegophonie	- معزه aego	صوت phonie
أجينيزيا	Agenesie	- فقد a	تكون genesie
أجيسيتيا	Agéustie	- فقد a	الذوق géustie
أكينيزيا	Akinesis	- فقد a	حركة kinisis
البومينوريا	Albuminurie	- زلال albumen	بول urie
الوبسيا (داء الثعلب)	Alopecia	-	ثعلب alopia
أموروز (فقد الابصار)	Amaurose	- فقد الابصار	
أمبليوبيا (كلال الابصار)	Amblyopic	- كلال ambly	ابصار opie
أمينوريا (انقطاع الطمث)	Amenorrhoe	- فقد شهر amen	سيلان rrohoe
أمياليا (فقد التخاصع الشوكي)	Amyelic	- فقد a	نخاع myelic
أنيميا (فقد أو فقر الدم)	Anaemia	- فقد a	دم aemie
أنستيزيا (فقد الاحساس)	Anaesthesie	- فقد au	الاحساس aesthesic

